

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamistieteiden laitos

**MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA
- STRATEGIANA HUIPPUTIIMIT JA MIELENRAUHA**

Hallintotiede
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2016
Ohjaajat: Jari Stenvall
Pasi-Heikki Rannisto

Pirjo Niemi

TIIVISTELMÄ

Tampereen Yliopisto

Johtamiskorkeakoulu, Hallintotiede

Tekijä

NIEMI PIRJO

Tutkielman nimi

Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa - strategiana huipputiimit ja mielenrauha

Pro gradu –tutkielma

93 sivua, 2 liitesivua

Aika

toukokuu 2015

Avainsanat

arvon luominen, asiakaslähtöisyys, oppiva organisaatio, sosiaalinen pääoma, moniammatillisuus, yhteistyö

Liiketoiminnassa eletään suuren rakennemuutoksen aikakautta, jossa tuotantolähtöisestä ajattelutavasta ollaan siirtymässä palveluiden yhteiskuntaan. Tuotantoa ohjataan tarjonnan sijasta kysynnällä. Tulevaisuuden kilpailluilla ja niukkavaraisilla terveydenhuollon markkinoilla tarvitaan laadukkaan toiminnan lisäksi kykyä täyttää asiakkaiden palveluodotukset. Tutkimusten mukaan moniammatillista yhteistyötä pidetään yhtenä keskeisenä välineenä vastata palveluntarpeen lisääntymiseen terveydenhuollossa. Se edellyttää asiakaslähtöisen yhteistyötarpeen tunnistamista ja eri ammattilaisten välistä kykyä luoda yhteistä osaamista.

Tämän tutkimuksen kohteena olevan Sydänsairaalan strategia rakentuu sydänpotilaan hoitoprosessin ympärille. Huipputiimeillä pyritään tuottamaan potilaille mielenrauhaa. Siellä tehdyllä organisaatiomuutoksella on haluttu tukea, vahvistaa ja mahdollistaa prosessien johtaminen moniammatillisena yhteistyönä. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata ja tuottaa uutta ymmärrystä esimiesten moniammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden –käsitteistä potilaan mielenrauhan edistäjinä ja heidän näkemyksiänsä palveluiden tuotteistamisen merkityksestä.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys syvenyy määrittelemään moniammatillista yhteistyötä, oppivan organisaation, sosiaalisen pääoman, asiakaslähtöisyyden ja –arvon näkökulmista. Tutkimus on laadullinen tapaustutkimus, jonka menetelmänä on ollut 10 esimiehen yksilöteemahaastattelu. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysiä ja hermeneuttista tutkimusotetta hyödyntäen.

Tämän tutkimuksen perusteella kaikki haastateltavat pitivät menestymisen avaimina hyvää hoidon laatua ja asiakaskokemusta, joka pohjautui asiakastyytyväisyyteen. Vähäiselle huomiolle jäi vielä potilaiden sitouttaminen ja osallistaminen näkökulmat, jotka edistävät hoidon vaikuttavuutta.

Asiakkaan voimaannuttaminen vaatisi potilaan ottamista mukaan päätöksentekoon ja hänen näkemistään tasaveroisena asiantuntijana, se koettiin ongelmalliseksi erityisesti potilaan vastuun ja oikeuksien näkökulmasta. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin voimavarana, mutta se keskittyi vielä enemmän yksilön osaamisen ylläpidolle kuin yhdessä oppimiselle. Muutoksen esteiksi tunnistettiin sosiaalisen pääoman vähyys, varsinkin perinteisten toimintakulttuurien toimintarajat ylittävässä yhteistyössä.

ABSTRACT

University of Tampere	School of Management, Administrative Science
Author	NIEMI PIRJO
Thesis title	Trans professional cooperation in the health care – top teams and the peace of mind as a strategy
Pro graduation thesis	93 pages, 2 attachment pages
Time	May 2016
Keywords	customer value, customer orientation, learning organization, social capital, trans professional, cooperation

The business life has been in a large structural change. It means that production oriented thinking is moving towards the society of services. The health care markets will be very competitive and meagre. They'll need to have a high quality performance, as well as they must fulfil customers' expectations in the future. According to research, trans professional cooperation is seen one of the key instrument, how we can respond to the need of services growth in the health care. It requires recognizing customer-oriented cooperation, and willingness from the different professions to create the shared knowhow.

The subject of this research is the Heart Centre and its strategy. It has been built around the heart patient process. The top teams are trying to do their best creating a peace of mind for the patients. Organizational changes have been made, which supports and strengthens the leading of trans professional cooperation. The aim of this research is to describe and bring new understanding how the superiors understand trans professional and customer oriented concepts in creating the peace of mind for the patients. The second question asks how important the superiors are seeing the customising the services.

The theoretical frame of this research is defining the trans professional cooperation, from the point of views in learning organization, social capital, customer value and orientation. It is qualitative case study. The interviews were conducted by using individual interviews for the 10 superiors. The data has been analysed by using the content analysis and hermeneutic study extract.

On the basis of this study were, that good quality of the care and customer experience, which was based on customer satisfaction, felt the keys of success. They didn't pay so much attention to the patients' engagement that promotes the effectiveness of the care.

The patient's empowerment requires, that patients must be taken along in the decision-making and seeing them as equal as professionals. The patient's responsibility and rights were regarded as the problem. Trans professional cooperation was seen as a resource, but it was more focused in the individuals know-how, than communal learning. Barrier of the change was recognized lack of the social capital especially when the cooperation has to cross the operation culture.

Sisällysluettelo

I JOHDANTO	5
II TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1 Aiheen ajankohtaisuus	6
2.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite (Tutkimuskysymykset).....	11
2.3 Tutkimuksen tieteellinen tavoite ja metodologia.....	12
III TEOREETTINEN VIITEKEHYS	14
3.0 Huipputiimeillä mielenrauhaa	14
3.1 Asiakasarvo	17
3.1.1 Asiakasymmärrys	19
3.1.2 Asiakasymmärrys terveydenhuollossa	19
3.1.3 Palvelun yhteistuotanto.....	22
3.2 Asiantuntijuus	26
3.3 Terveydenhuolto-organisaatioiden palvelumuutos	28
3.4 Asiakslähtöisyys.....	29
3.4.1 Asiakkuus terveydenhuollossa	32
3.4.1.1 Auktoriteetti- ja huolenpitosuhde	34
3.4.1.2 Kuluttajasuhde	35
3.4.1.3 Kumppanuus-/ valmentajasuhde	36
3.5 Oppiva organisaatio	39
3.5.1 Rajapinnat.....	42
3.5.2 Oppivan organisaation johtaminen.....	43
3.6 Sosiaalinen pääoma.....	45
3.6.1 Yhteistyö terveydenhuollossa	47
3.7 Teorian ja strategian vertailu.....	51
IV TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	53
4.1 Aineiston hankinta ja sen analysointi	53
4.2 Tutkimusmetodina teemahaastattelu	54
4.3 Haastattelulomakkeen laadinta.....	54
4.4 Tutkimusaineiston analysointi.....	55
4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	57
V TUTKIMUKSEN TULOKSET	58
5.1 Asiakslähtöisyys.....	58
5.2 Asiakasymmärrys	64
5.3 Oppiva organisaatio	65
5.4 Sosiaalinen pääoma.....	71
VI YHTEENVETO	75
6.1 Asiakasymmärryksen ja asiakslähtöisyyden merkitys mielenrauhalle.....	75
6.2 Oppiva organisaatio ja sosiaalinen pääoma huipputiimin rakentajina.....	77
VII POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	79
Lähteet.....	83
LIITE 1. Tutkimuskysymykset.....	93

KUVIOT

KUVIO 1 MONIAMMATILLISUUDEN ELEMENTIT.....	11
KUVIO 2 HERMENEUTTINEN KEHÄ (GUMMESSONIA MUKAILLEN. 2000, 70).....	12
KUVIO 3 YININ (2009) TAPAUSTUTKIMUSPROSESSI	14
KUVIO 4 HOIDON LAATU-ULOTTUVUUDET (MUKAILLEN BATE & ROBERT)	21
KUVIO 5 KÄSITTEELLINEN MALLI TERVEYDENHUOLTOPALVELUIDEN YHTEISTUOTANNOSTA. (MUKAILTU BATALDEN YM. 2015)	23
KUVIO 6 PITKÄAIKAISSAIRAIDEN HOITOKETJU TERVEYDENHUOLLON YHTEISTUOTANTOKETJUNA (REALPE & WALLACE. 2010)	25
KUVIO 7 HYVINVOINTIPALVELUIDEN TOIMIVUUDEN ARVIOINNIN VIITEKEHYS (VIRTANEN & STENVALL. 2014)	25
KUVIO 8 SYDÄNSAIRAALAN STRATEGIA SIOJITETTUNA VIRTASEN & STENVALLIN (2014) PALVELUN TOIMINNAN ARVIOINTIKEHIKKOON	26
KUVIO 9 HOIDON HALLINNAN MUUTOS MAHDOLLISUUDET. (VÄHÄÄHO. 2002, 72).....	29
KUVIO 10 ASIAKESKEISEN JA ASIAKASLÄHTÖISEN KEHITTÄMISEN ERO (VIRTANEN YM. 2011, 37).....	30
KUVIO 11 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TUTKIMUSNÄKÖKULMAT (PITKÄLÄ YM. 2005, 107).....	32
KUVIO 12 AMMATILAISLÄHTÖISESTÄ AUKTORITEETTISUHTEESTA ASIAKASLÄHTÖISEEN VALMENTAJASUHTEESEEN (ROUTASALO YM. 2009, 2352)	37
KUVIO 13 MUUTOSPROSESSI ÄLYKKÄÄSSÄ JULKISESSA ORGANISAATIOSSA (VIRTANEN YM. 2011)......	41
KUVIO 14 MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN YDINTEKIJÄT (KETTUNEN & GERLANDER.2013, 305).....	51
KUVIO 15 TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄ ESIMERKKI ANALYYSISTÄ TULKINTAAN (MUKAILTU TUOMI & SARAJÄRVI. 2009)	56

TAULUKOT

TAULUKKO 1 VERTAILLAAN SYDÄNSAIRAALAN STRATEGIAN MIELENRAUHAA JA KIRJALLISUUDESSA ESITETTYIHIN NÄKEMYKSIIN ASIAKASYMMÄRRYKSESTÄ JA –LÄHTÖISYYDESTÄ	51
TAULUKKO 2 SYDÄNSAIRAALAN STRATEGIAN HUIPPUTHIMI-TERMIN VERTAILU OPPIVAAN ORGANISAATION JA SOSIAALISEN PÄÄOMAN TUNNUSMERKKEIHIN	52

I JOHDANTO

Kiristyvässä kilpailutilanteessa ja heikkenevässä kuntien taloustilanteessa terveydenhuollon on kyettävä tehostamaan entistä enemmän toimintaansa. On kyettävä palvelemaan asiakkaita niukkenevilla henkilöstöresursseilla ja samalla sitouttaa asiantuntijat organisaatioon. Se tarkoittaa, että menestyäkseen kilpailuilla markkinoilla sekä toimintaa että työnjakoa on kyettävä organisoimaan uudella tavalla.

Moniammatillisuuden vaatimus kasvaa yhteiskunnassamme monimutkaisuuden lisääntyessä, monitasoinen asioiden ymmärtäminen ja hallinta vaativat useamman ammattilaisen yhteistä näkemystä kuin mitä yksilö voi tuottaa. Asiantuntijat joutuvat kohtaamaan ja ratkaisemaan yhä monimutkaisempia ongelmia työssään. Autonomian perinteeseen nojautuva yksilökeskeinen työorientaatio altistaa asiantuntijan ylikuormittumiselle. Työn laatuun vaikuttaa entistä suuremmin koko työyhteisön ja organisaatorajojen yhteistoiminnan sujuminen. Se nostaa vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidot keskeiseksi osaamisen alueeksi. Johtamisen tärkeimmäksi tehtäväksi nousee sellaisten työolojen ja edellytysten luominen, jotka mahdollistavat asiantuntijoiden yhdessä toimimisen. Toiminnan kehittämisen pitää palvella asiakasta, siksi on olennaista, että toimintakulttuurin muutos näkyy palvelussa, jossa ydintoiminta tapahtuu asiantuntijan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. (Kontio.2010, 6; Rajakaltio. 2005, 136–137).

Korvenranta (2010) konkretisoi oleelliset tekijät Duodecimin pääkirjoituksessa tulevaisuuden sairaalan muutostarpeista: *Erityisesti tulevaisuuden sairaala tarvitsee muuntumista yksikkökeskeisyydestä potilaskeskeiseen toimintatapaan. Nykysairaalat koostuvat kymmenistä omaa toimintaansa tulosvastuullisuuden nimissä kehittävästä ja mittaavista, vahvojen rajojen suojissa toimivista yksiköistä; kalliiden investointien on oltava tehokkaassa käytössä. Tavoite johtaa nopeasti suoritemäärien kasvuun, resurssien kyllästymiseen - ja ydintoimintaa haittaaviin pullonkauluihin.*

Tulevaisuuden sairaalassa pitää toimia apua tarvitsevan potilaan, palvelujen saajan ja hänen hoitotarpeidensa mukaisesti, ei tuottajayksikköjen ehdoilla. Potilaskeskeisyys tarkoittaa potilaan kannalta oikeaa hoitoa hänelle oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Se tarkoittaa myös potilaan ja läheisten ottamista mukaan hoitoon sairastavan ehdoilla ja edellytyksillä. Perheen

huomioiminen ei saa olla pelkästään lastensairaalan oikeus. Oleellinen osa potilaskeskeisyyttä onkin sairautta ja hoitotapahtumia koskevan tiedon välittyminen potilaiden, läheisten ja hoitamiseen osallistujien kesken. "Terveyslukutaidon" lisääminen on myös yksi sairaalan tehtävistä. Kun hoitotapahtuma tai -tapahtumat suunnitellaan potilaalle ehjäksi kokonaisuudeksi, se luo edellytykset myös hyvälle potilas-lääkärisuhteelle ja potilas-hoitajasuhteelle ja parantaa hoidon tuloksia.

Tuulaniemi (2011, 76–78) on kuvannut perinteistä tehokasta palveluprosessia sävellykseksi, jossa yhdessä soitetaan tiettyä kappaletta. Jokainen jäsen osaa nuottinsa ja tavoitteena on puhdasääninen, toistettava, virheetön lopputulos. Mutta tulevaisuuden kilpailluilla markkinoilla tarvitaan tehokkuuden lisäksi myös innovointikykyä, jota voidaan kuvata jazz-esitykseksi. Siinä taitavat esittäjät täydentävät esitystä opettelemillaan lyhyillä improvisoituilla sävelkuluilla. Se edellyttää soittajien rautaisen ammattitaidon lisäksi heidän yhteistä näkemystä tavoitteestaan, joka voidaan saavuttaa vain avoimessa vuorovaikutuksessa ja luottamuksen ilmapiirissä. Jokainen esitys on erilainen, koska vuorovaikutus yleisön kanssa tuottaa lopputulokseksi yhteisen ainutkertaisen kokemuksen. Potilaiden hoitoprosessi on parhaimmillaan tällainen jazz-esitys.

II TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Aiheen ajankohtaisuus

Moniammatillista yhteistyötä pidetään yhtenä keskeisenä välineenä, jotta pystytään vastaamaan terveydenhuollon palvelutarpeiden lisääntymishaasteisiin. (Nikander. 2003). Työntekijöiden näkökulmasta moniammatillisuus liittyy tiimimäiseen työskentelytapaan, joka koostuu eri koulutuksen saaneista asiantuntijoista. He edustavat professioita, joilla on oma tieteellinen asiantuntijuutensa, mutta heitä yhdistää yhteinen tavoite. (Katisko ym. 2014, 10).

Moniammatillinen yhteistyö edellyttää asiakaslähtöisen yhteistyötarpeen tunnistamista sekä halua siihen (Pärnä. 2012), mutta sitä hankaloittavat terveydenhuollon perinteiset organisatiorakenteet. (Isoherranen, 2012). Todellisen tiimin kehittyminen vaatii rakenteilta riittävästi sekä valtaa että vastuuta. Moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä pidetään eri ammatti-

laisten välistä kykyä luoda yhteisiä osaamisen kehittymisen tilanteita, jotka haastavat ajattelua ja rakentavat sosiaalista yhteenkuuluvuutta. (Isoherranen ym. 2008).

STM:n Kaste-kehittämishjelman (2012–2015) tavoitteena on ollut kehittää uusia asiakaslähtöisiä, kustannusvaikuttavia palvelukokonaisuuksia sekä edistää innovatiivisten käytäntöjen ja tuotantoprosessien käyttöönottoa laajapohjaisessa kehittämissyhteistyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisalakiehdotuksessa (2014, 30 §) otetaan niin ikään kantaa asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseen. Siinä esitetään mm. asiakasraatien järjestämistä ja palveluiden suunnittelua ja kehittämistä yhdessä käyttäjien kanssa.

Terveyspalveluiden tarjonta on ollut perinteisesti rakentunut tuotanto- ja sektorilähtöisesti. Rakenteen muuttaminen asiakaslähtöiseksi on terveydenhuollon yksi suurimmista haasteista läpi koko potilaan hoitopolun. Se edellyttää muutosta sekä asiakkaan roolissa, jossa potilas muuttuu palvelunkäyttäjäksi asiakkaaksi. Mutta yhtälailla se vaatii ammattilaisten sekä asenteiden että ymmärryksen muutosta, jotta asiakas osataan ottaa tasaveroisena kumppanina mukaan häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. (Stenvall ym. 2012, 31–33; kts. myös mm. Lehto 2000, 39–47; Koivuniemi ym. 2011, 36–41).

Moniammatillisuuden kehittyminen terveydenhuollossa vaatii paradigman muutosta, perinteinen professionaalinen ja byrokraattinen viitekehys eivät riitä. (D’Amour ym. 2005). Monimutkaisemmat ongelmat vaativat ammattilaisten asiantuntemusten yhdistämistä ja riippuvaisuus toisista lisääntyy. Se vaikeuttaa käytäntöjä, joissa luodaan moninäkökulmaisia merkityksiä toiminnan kaikilla eri tasoilla, koska perinteiset rajat tieteenalojen, professioiden ja organisaatioiden välillä ovat edelleen olemassa. (Isoherranen. 2012, 29–30).

Suomalaisia terveyspalveluita leimaa vahvat professiot, joilla on vahva autonomia. Se saattaa vaikeuttaa toiminnan uudistamista sekä kontrollointia. Rakenteiden ja toimintatapojen muutosta eivät myöskään helpota ammattikuntien väliset reviiriristiriidat eikä keskinäinen arvostuksen puute. Jatkuva asiantuntemus vaateen lisääntyminen ja erikoistuminen vaativat entistä parempaa yhteistyötä tehokkuuden parantamiseksi sekä vähenevien resurssien paikkaamiseksi. Uudentyyppiset asiakkuusmallit nähdään keinona uudistaa terveydenhuollonpalveluja. (Stenvall ym. 2012, 33–34; Virtanen ym. 2011, 117–130)

Asiakkaan osallistamisella pelätään prosessien monimutkaistumista sekä valinnan mahdollisuuksien kasvua, jotka aiheuttaisivat lisäkustannuksia sekä tehottomuutta. Ymmärrys asiakaslähtöisten kustannustehokkaiden palvelutuotannon hyödyistä on vielä organisaatioissa vähäistä. (Stenvall ym. 2012, 34). Tämä oli nähtävissä myös Leväsluodon ja Kivisaaren (2012) tutkimuksessa Muutos kohti asiakaslähtöistä toimintatapaa. Haastatteluissa kävi ilmi, että asiantuntijoilla ei ollut selkeää kuvaa asiakaslähtöisistä palvelumalleista. Niiden käyttöönottoa estivät sekä asenteet että resurssien puute. Asiakaslähtöisten palvelumallien hyöty hahmotettiin vielä vain asiakkaalle tulevana, ei ammattilais- eikä yhteiskuntahyötynä. Resurssin haasteena nähtiin vanhojen käytäntöjen purku uusien hyväksi.

Johtamisen nähdään terveydenhuollossa edelleen nojautuvan tuotanto- ja talouslähtöiseen ajatteluun. Prosessien toiminnan vaikuttavuuden arvioinnin mittarit ovat vasta kehittymässä. (Stenvall ym. 2012, 35). Kokonaisprosessin hallinta ja hahmotus ei ole helppoa. Asiakasprosessin kokonaisuuden tehostamisella voidaan asiakkaiden pärjäämistä parantaa kustannusvaikuttavasti. Asiakkuuksien johtaminen vaatii innovatiivisen palveluprosessin luomista, jossa palveluntuottajat muodostavat toisiaan täydentävät osaprosessit. Se edellyttää johtamiselta moniammatillisuuden hyödyntämistä potilaan hoitopolun verkostossa. Asiakkuusjohtaminen pitää nähdä uudella tavalla, jossa asiakkaan palvelutarpeet yli organisaatorajojen tyydytetään, sekä organisaatioiden työprosesseja kehitetään. (Stenvall ym. 2012, 35–36; Koivunieni ym. 2014, 124–132; Virtanen ym. 2011. 8-12).

Kivinen (2008) toteaa väitöskirjassaan, että toiminnan luonne terveydenhuollon organisaatioissa edellyttää kokonaisvaltaista tiedon ja osaamisen johtamisen tapaa. Se edellyttää inhimillisen, rakenteellisen ja sosiaalisen pääoman huomioimista. Tutkimus osoitti, että osaaminen ja uuden tiedon hyödyntäminen keskittyi vielä yksilötasolle. Yksiköiden sisällä oli nähtävissä yhdessä tekemistä, keskustelua ja keskinäistä toimintaa. Mutta käytänteet, jotka ylittävät yksiköiden rajat sekä hiljaisen tiedon ja osaamisen näkyväksi saaminen olivat vielä vähäisesti käytössä. Strategiset valinnat eivät vielä ohjanneet osaamisen kehittämistä läheskään kaikissa organisaatioissa. Se aiheuttaa organisaatiotasolla tiedon ja osaamisen vajetta horisontaalisen dialogin tulkinnessa. Osaamisresurssin hyödyntäminen edellyttäisi määrätietoista yksikkö- ja ammattiryhmä rajoja ylittävää toimintakäytäntöjen kehittämistä ja johtamista. Luottamuksellinen, avoin ja moniääninen ilmapiiri, tavoitteisiin ja toimintakäytäntöihin sitoutuminen sekä runsas tiedon jakaminen edistävät organisaatioiden innovatiivisuutta.

Toiviaisen (2011, 6-7) tutkimuksessa tuotiin esiin toimijoiden erilaiset käsitykset potilaiden osallistamisesta. Ideaalitulanteessa palveluiden käyttäjä ja ammattilainen ratkovat ongelmaa yhdessä tasaveroisena ilman tiedon ja vallan vastakkaisasettelua. Se edellyttää käyttäjältä aktiivisuutta, neuvottelukykyisyyttä sekä kriittisyyttä. Vastuu onnistuneesta terveydenhuollon palvelusta ei ole vain ammattilaisella vaan myös palvelun kuluttajalla interaktiivisuus vaateen myötä. Esimerkiksi lääkärin vastaanotto on tyypillinen vuorovaikutustilanne, jossa tarvitaan molempien asiantuntemusta. Koulutus suo ammattilaiselle erilaiset arviointikeinot terveystiedolle, joten parhaimmillaan kohtaamisessa lääkäri toimiikin potilaan voimaannuttajana, asiantuntijana ja yhteistyökumppanina.

Voimaantumista (empowerment) pidetään ihmisestä itsestään lähtevänä prosessina, jota ulkopuolinen ei voi luoda ainoastaan tukea. Vastaanottotilannetta voidaan kuvata sekä voimaantuvana että voimaannuttavana lähestymistapana, jossa on keskeistä ihmisen subjektiivinen kokemus muutosta vaativasta olotilasta. Voimaantuminen edustaa potilaalle tilannetta, jossa päätösvalta niin sairauteen liittyvissä asioissa kuin omassa elämässä on hänellä itsellään. Laadukkaan ja ymmärrettävän tiedon avulla voidaan auttaa potilasta voimaantumaan eli osallistumaan omaan hoitoonsa, tekemään perusteltuja päätöksiä sekä suhtautumaan terveyspalveluihin analyyttisemmin. Käytännön toiminta on myös potilasta voimaannuttava keino. Potilaan kokema terveydentila vaikuttaa hänen kykyynsä tehdä päätöksiä, sairastuminen heikentää omatoimisuutta luoden riippuvuutta toisista ihmisistä. (Tuorila, 2007. 102–110; Toiviainen. 2011).

Terveydenhuollon toiminta pohjautuu tutkittuihin hoitokäytäntöihin, mutta asiakaslähtöisessä ajattelussa painopiste siirtyy entistä enemmän potilaan kokemukseen ja häneen kykyynsä pärjätä arjessa. Tutkitut hoitokäytännöt pohjautuvat pitkälti kvantitatiivisiin tutkimuksiin, jolloin isoissa otoksissa tutkitaan tiettyjä mitattavia tilastollisesti merkitseviä suureita (esim. kuolleisuutta). Niiden perusteella tehdään riskin/ vaaran arvio, jolla hoitosuositus annetaan. Potilaalle hoitomuotoa voidaan perustella esim. vahvalla tutkimusnäytöllä. Kuitenkin tiedetään, että tilastollisin keinoin ei kyetä kovin syvällisesti tutkimaan eikä ymmärtämään inhimillistä toimintaa, on vähän. Elämänlaatua mittaavia tutkimuksia, joilla voitaisiin antaa yksilöllisiä hoitosuosituksia. Potilaan kokemuksen ymmärtäminen vaatii lähtökohdaksi hänen näkökulmansa huomioon ottamista sosiaalisessa tai kulttuurisessa kontekstissa. Potilas ei

välttämättä koe annettua hoitosuositusta merkitykselliseksi omassa elämässään, jolloin ammattilaisen ja asiakkaan pitäisi pystyä löytämään potilaan parasta palveleva malli. Se vaatii tämän päivän asiakaslähtöiseltä ammattilaiselta voimaannuttavaa potilaan osallistamista hoitoonsa. (Tuomivaara. 2005, 28–39; Pshp:n hoitoketjuopas. 2015).

Sydänsairaalan toiminta on rakennettu sydänpotilaan hoitoketjun ympärille. Sen keskeinen ajatus, että potilasta hoitaa moniammatillinen tiimi, joka koostuu sydämen hoitamiseen erikoistuneista lääkäreistä, hoitajista ja muista sydänpotilaan hoitoon erikoistuneista ammattilaisista. Sillä pyritään mahdollistamaan vaikuttavimman hoitomuodon valinta laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Keinoina käytetään potilaan nostamista keskiöön, sen tavoitteena on saada potilaiden luottamus korkealaatuiseen hoitoon eli tuottaa potilaalle mielenrauhaa, joka syntyy, kun potilas kokee saavansa apua terveysongelmaansa. Potilaan saama hoito ja hoitokokemus ovat toiminnan selkäranka. (Sydänsairaalan esite 1, 2016; Sydänsairaalan strategia 2014–2017)

Sydänsairaalan strategiassa (2014–2017) on keskitytty mm. saavuttamaan potilaalle mielenrauhaa ottamalla hänet osaksi hoitoa ja hoitoonsa liittyvää päätöksentekoa. Sillä tavoitellaan potilaiden ja läheisten turvallisuuden tunteen toteutumista koko hänen hoitopolun ajan: ennen hoitoa, hoidon aikana ja hoidon jälkeen. Hoitoprosessit tehdään potilaslähtöiseksi hoitosuunnitelmasta kuntoutussuunnitelmaan asti. Varmistetaan, että potilas saa kaiken tarvitsemansa tiedon ripeästi ja luotattavasti. Parempaa asiakaskokemusta tavoitellaan katsomalla, tutkimalla ja kehittämällä asioita potilaiden näkökulmasta. Potilaita kuunnellaan ja toiminnan kehittäminen tapahtuu asiakaspalautteen pohjalta.

Huipputiimien avulla tavoitellaan vaikuttavaa ja luotettavaa terveyshyötyä potilaille. Jokainen osaaja kokee kuuluvansa huipputiimiin, jossa on hyvä joukkuehenki. Korkea hoidon laatu saavutetaan rutiinilla ja tiimin erityisosaamisella. Moniammatilliset tiimit ovat aktiivisia, sitoutuneita, innovatiivisia ja oma-aloitteisia kehittäen jatkuvasti toimintaansa. (Sydänsairaalan str. 2014–2017)

Sydänsairaalan strategian (2014–2017) muina kulmakivinä ovat uudet kumppanuudet, työhyvinvointi ja johtamisen mahdollistaminen. Uusilla kumppanuuksilla haetaan laajempaa asiakaspohjaa, mutta myös turvaamaan potilaan hoitoketju eli potilaan pärjääminen omassa

arjessaan. Työhyvinvoinnin yhtenä osatekijänä on sosiaalinen pääoma, jonka ilmenemismuotona pidetään henkilöstön motivaatiota ja sitoutumista sekä keskinäistä luottamusta ja yhteistyötä. Sosiaalista pääomaa tarvitaan huipputiimeissä, mutta samoin tarvitaan hyvää johtamista, jolla mahdollistetaan jatkuvaan muutokseen sopeutuminen vuorovaikutuksen keinoin

2.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite (Tutkimuskysymykset)

Tutkimukseni kohteena oleva Sydänsairaalan toiminta rakentuu sydänpotilaan hoitoprosessin ympärille. Siellä tehdyllä organisaatiomuutoksella on haluttu vahvistaa ja mahdollistaa prosessien johtamista moniammatillisena yhteistyönä. Toiminnan strategisuus on korostunut viime vuosina tuoden toimintaan tavoitteita ja mittareita. Keskijohdon asemaa on vahvistettu siirtämällä sille enemmän sekä päätäntävaltaa että vastuuta. Strategian tavoitteena on horisontaalisen yhteistyön kehittäminen toiminnan tehokkuuden ja asiakastyytyväisyyden parantamiseksi. Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena on kuvata ja tuottaa uutta ymmärrystä, miten johto/ esimiehet ymmärtävät asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisuuden monimerkitykselliset käsitteet potilaan mielenrauhan edistäjinä.

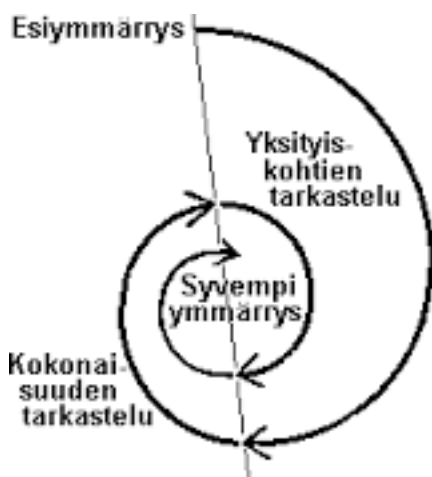
Liiketoiminnassa eletään suuren rakennemuutoksen aikakautta, jossa tuotantolähtöisestä ajattelutavasta ollaan siirtymässä palveluiden yhteiskuntaan. Perinteisesti terveydenhuollon säädeltyjä markkinoita on hallittu tehokkailla uusilla hoitomuodoilla, jolloin hoidetaan kaikkia oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden periaatteita noudattaen. Tulevaisuuden kilpailuilla ja niukkavaraisilla markkinoilla tarvitaan laadukkaan hoidon lisäksi kykyä täyttää asiakkaiden palveluodotukset eli saada heidät sitoutumaan hoitoonsa, tuottaa potilaille mielenrauhaa. Palvelua parannetaan sekä prosessia tehostamalla että tuomalla uusia innovatiivisia palveluita/ tuotteita markkinoille. Kuinka tärkeänä menestystekijänä Sydänsairaalan johto/ esimiehet näkevät palveluiden tuotteistamisen moniammatillisesti?



Kuvio 1 Moniammatillisuuden elementit

2.3 Tutkimuksen tieteellinen tavoite ja metodologia

Tutkimuksellinen lähestymistapa toiminnan kehittämiseen on hermeneuttinen eli tulkinnallinen. Tottumuksella on taipumus häivyttää käyttämämme käsitteet huomaamattomiksi ja itsestään selviksi. Käytämme tuttuja käsitteitä päivittäin ja niille on annettu merkityksiä, jotka jokainen ymmärtää oman tulkintahorisonttinsa kautta. Tarkoituksena on ymmärtää kohdetta syvemmin, tehdä aiheesta uusi rajallinen tulkinta, laajentamalla näkökulmien määrää ja syvyyttä. Arkielämän luontaisesta ymmärryksestä (hermeneuttinen esiymmärrys) tehdään tietoista. Se on prosessi, jossa ajatellaan, että tutkijalla on aiheesta esiymmärrys, joka kehittyy tutkimuksen edetessä aiheen uudeksi tulkinnaksi, hermeneuttiseksi kehäksi. Tutkijan ja tutkimuskohteen hermeneuttinen dialogi on vuoropuhelua, jossa tutkija suhteuttaa tutkimusaineistoon omat teoreettiset merkitysehdotuksensa, korjaten niitä tutkimuksen edetessä. Alkuperäiset tulkintaehdotukset nousevat tutkijan taustaoletuksista. Tulkinta on kielen kautta välittyvää tulkitsijan ja tekstin vuoropuhelua, jossa tulkitsijan itseymmärrys lisääntyy. (Gadamer. 2004, 29–34; Haaparanta & Niiniluoto 1995, 63–69; Laine. 2015,34).



Kuvio 2 Hermeneuttinen kehä (Gummessonin mukaillen. 2000, 70)

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana useimmiten on todellisen elämän kuvaaminen ja sen toiminnan merkityksen ymmärtäminen valitusta näkökulmasta. Todellisuutta pidetään moninaisena ja tutkimuksen avulla pyritään saamaan kokonaiskuva aiheesta. Tapaustutkimukselle on ominaista pyrkiä selittämään ja ymmärtämään yksittäisiä tapauksia omassa kontekstissään. Tutkittavat tapaukset, kuten tässä Sydänsairaala organisaationa, ovat ainutkertaisia. Yksilöiden ja ryhmien toiminnan, käytöksen selittäminen ja ymmärtäminen

organisaatiossa voi ilmiönä olla kompleksinen, jolloin tapaustutkimuksella on mahdollista saada riittävä aineisto ilmiön paremmalle ymmärtämiselle. (Aaltio-Marjosola. 1999; Hirsjärvi ym. 2013. 161, 260; Laine.2015. 32; Metsämuuronen. 2005. 198, 203.).

Tämän tutkimuksen metodologiaksi on valittu laadullinen tutkimus. Pyrkimyksenä on saada tietoa, miten asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus ymmärretään toiminnan kulmakiviksi. Tutkimusstrategiaksi on valittu tapaustutkimus (case study), sen Yin (2009) on määrittänyt tavaksi tutkia tietyssä ympäristössä toimivaa ihmistä tai toimintaa. Tapaustutkimus on empiiristä, jossa tutkittava ilmiö ja siihen liittyvä vuorovaikutus pyritään kuvaamaan mahdollisimman monipuolisesti hyödyntämällä tähän tarkoitukseen soveltuvia aineistonkeruumenetelmiä. (vrt. Hirsjärvi ym. 2013. 192–193). Tapaustutkimusta Yin (2009) pitää sopivana tiedonhankinnan strategiana erityisesti silloin, kun haetaan ymmärrystä miten tai miksi jokin asia on käytännön tilanteissa. Päämääränä hän pitää ihmisten käyttäytymisen ymmärtämistä, heidän omien tulkintojensa ja tutkittavalle ilmiölle antamien merkitysten hahmottamista. Tässä tutkimuksessa halutaan tutkia esimiesten käsityksiä, mielikuvia ja ymmärrystä moniammatillisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.

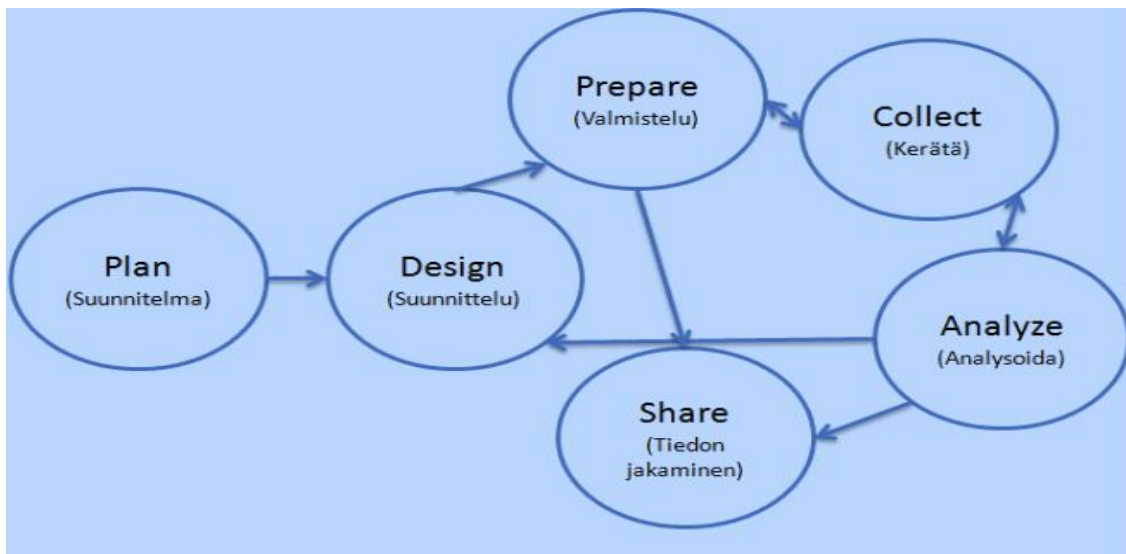
Tietolähteinä ja tulkinna pohjana ovat teoreettinen perehtyneisyys, teemahaastattelut, ja osallistuva havainnointi. ”Totuus” löytyy näiden monien tietolähteiden tietojen yhdistämisestä luomalla mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaus ja ymmärrys ilmiöstä. Kuvailevan tapaustutkimuksen tarkoitus on pyrkiä selvittämään tutkittavan ilmiön luonnetta ja siinä ilmenevää vuorovaikutusta. Menetelmän yleisenä heikkoutena pidetään sitä, ettei siinä pyritä tulosten yleistettävyyteen, mutta se antaa kokonaisvaltaista ymmärrystä yksittäisestä yrityksestä tai organisaatiosta. (Yin. 2009, 3-5; kts. myös Metsämuuronen. 2005, 205–207; Koskinen ym. 2005, 155–158).

Tapaustutkimusta Yin (2009, 2-5) kuvaa hyvänä lähestymistapana, kun sen kohteena on todellisen elämän nykytilanne ja tutkimuksella etsitään vastauksia kysymyksiin miten tai miksi. Kuvailevana sitä voidaan Yinin mukaan hyödyntää, kun yritetään selittää tutkittavaa ilmiötä, sen luonnetta ja siinä ilmenevää vuorovaikutusta.

Tutkijan mielenkiinto aiheeseen tai ilmiöön sekä mahdollisuus kerätä myös ns. hiljaista tietoa eli ymmärtää tutkimuksen kohdetta, antaa mahdollisuuden tuottaa tietoa, jolla on syvempää merkitystä. Jaettua ymmärrystä voidaan pitää paremminkin intersubjektiivisuutena kuin ob-

jektiiivisuutena. Tapaustutkimukselle ei ole olemassa mitään tiettyä, erityistä menetelmää, mutta se edellyttää tiettyjä perusasioita. (Yin. 2009, 25–26; Walsham. 2006, 320–321).

Yinin (2009) yleisen tapaustutkimusprosessin vaiheet ovat kuvattu kuviossa 3. Tapauksen hahmottelussa (plan) määritellään tutkimuksen tavoitteet, rajataan ja määritellään tutkimuskohdetta. Suunnitteluvaiheessa (design) tehdään varsinainen tutkimussuunnitelma. Itse tutkimusta varten tarvittavat valmistelut tehdään (prepare) vaiheessa. Varsinaisen tiedon keräämisen (collect) jälkeen päästään päästään aineiston- ja tulosten analysointivaiheeseen (analyze). Lopuksi raportoidaan tutkimustulokset sekä tarkastellaan niiden merkitsevyyttä (share). (Yin 2009, 2).



Kuvio 3 Yinin (2009) tapaustutkimusprosessi

Tapaustutkimus pohjautuu hyvälle suunnittelulle, jossa tunnistetaan ja määritellään tutkittava tapaus. Suunnittelun tarkoituksena on määritellä avoimien tutkimuskysymyksien avulla päämäärä, jota tavoitellaan vastauksista tehtävillä johtopäätöksillä. (Yin. 2009. 26–27). Suunnitteluvaiheeseen kuuluu tutkimusteorian määrittäminen sekä tutkimuksen toteutuksen suunnittelu.

III TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.0 Huipputiimeillä mielenrauhaa

Traditionaalinen käsitys sairaaloista ja hoidoista ei ole kadonnut, mutta uudeksi perustaksi on nousemassa potilaiden ainutlaatuinen kokemus hoidosta, jota Sydänsairaalan strategiassa

voisi nimittää mielenrauhaksi. Tuotettua palvelua ei järjestetä organisaation tarpeista käsin, vaan mahdollistamaan potilaiden mahdollisimman hyvä hoito. Sen syntyminen edellyttää ammattilaisen ja asiakkaan välistä hyvää vuorovaikutusta ja luottamusta. Asiakasarvon syntyminen riippuu kokemuksen laadusta, miten potilas on kohdattu vuorovaikutuksessa ammattilaisen kanssa eli kuinka asiakastieto on jalostettu palveluksi. Asiakas pitää voimaannuttaa eli hänet pitää aktivoida huolehtimaan omasta hyvinvoinnista sekä osallistaa päätöksentekoon. (vrt. Virtanen ym. 2011, 18–19).

Terveydenhuollon tavoitteena on yksilön elämänhallinnan lisääntyminen. Miettisen & Pelkosen (2000, 39–45) voimaantumisteoriassa tunnistetaan yksilön kyky tyydyttää omat tarpeensa, hänellä on sekä tarvittavat kyvyt että voimavarat ongelmanratkaisuun. Ammattilaisen tehtäväksi jää tasavertaisen ihmisen kohtaaminen, jolla tarkoitetaan, että hän antaa tietoa ja tukea yksilön päätöksenteolle. Yksilön elämänhallinta parani Ranniston ym. (2014, 132) tutkimuksessa yksilöllisten ja räätälöityjen palvelumallien avulla. Se poisti palveluiden päällekkäisyyttä ja siten paransi kustannustehokkuutta.

Moniammatillisuutta voidaan verrata myös jaettuun asiantuntijuuteen, joka pohjautuu tutkivaan oppimiseen. Sen tausta-ajatuksena on, että elämme tietoyhteiskunnassa, jota ei voi enää kuvata yksittäisen ihmisen taitona, vaan se koostuu ammattilaisista heidän osaamisistaan ja sosiaalisista verkostoistaan. Yksilöiden tehtävänä on täydentää toisten osaamista, ei niinkään hallita kokonaisuutta. Sosiaalista vuorovaikutusta voidaan pitää tiedon ja taidon ohella myös resurssina. Toisilta saatu palaute testaa uusia ajatuksia synnyttäen arvon sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Älykkään ja uutta luovien toimintojen kannalta on olennaista kyetä tarkastelemaan omia näkemyksiään myös muiden näkökulmista, se tukee syvällisen käsitteellisen ymmärtämisen saavuttamista. (Kontio. 2010, 11–12; kts myös Hakkarainen ym. 2000).

Rajakaltio (2005, 136) määrittelee moniammatillisen yhteistyön jaetuksi asiantuntijuudeksi. Se voidaan nähdä ammattihenkilöiden joukkona, jolla on erilaista osaamista sekä valtuuksia työskentelynsä. Yleisesti moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattiryhmien asiantuntijoiden yhdessä työskentelyä, jossa jaetaan osaaminen, tieto ja valta. Yhteistyön etuna nähdään usean eri tiedon ja osaamisen näkökulmien yhdistäminen kokonaisuudeksi. (vrt. myös Koskela. 2013, 17).

Moniammatillinen (multi-/ inter-/ trans-/ crossprofessional) yhteistyön käsite on varsin monimerkityksinen ja epämääräinen, jota hankaloittaa suomenkielisen terminologian niukkuus verrattuna englanninkieliseen. Käsitettä voidaan tarkastella hyvin erilaisista näkökulmista, sillä se pitää sisällään monenlaisia yhteistyömuotoja. Asiantuntijoiden välisellä moniammatillisuudella voidaan tarkoittaa henkilöitä, jotka työskentelevät samassa työpisteessä, mutta he eivät prosessoivat tietoa yhdessä. Molemmat työskentelevät asiakkaan kanssa, mutta rinnakkain. Yhteistyön lisääntyessä tiedonvaihto lisääntyy ennalta sovitussa tapaamisissa. Se pohjautuu ammattilaisten tiedon ja osaamisen yhdistämiseen, joka auttaa potilaan ongelmanratkaisussa. Etuliite inter- viittaa systemaattisempaan yhteistyöhön kuin multiprofessional. Trans- ja cross- etuliitteisessä yhteistyössä asiantuntijat rikkovat asiakaslähtöisesti työskennellessään sovitusti roolirajojaan. Tällaisen moniammatillisen tiimin työskentelyperiaatteisiin kuuluu ymmärrettävän tiedon jakaminen, mutta myös uuden oppiminen, ammatillisten rajojen väljyys, yhteinen vastuunjako sekä valmius muokata tiimin sisäisiä rooleja asiakaslähtöisesti. (D'Amour ym. 2005; Isoherranen. 2008. 37–39; Sanerma. 2009, 103; Payne. 2002. 9).

Isoherrasen (2012, 22) moniammatillisen yhteistyön määritelmä pohjautuu potilaslähtöiseen ajatteluun. Tarvitaan yhteisesti sovitut toimintaperiaatteet, joiden avulla ammattilaisten tiedot ja potilaan tarpeet kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen yhteinen käsitys, kuinka potilasta voidaan auttaa selviämään arjessa.

Moniammatillisuuden kautta yhteistyöhön saadaan useampia erilaisia tiedon ja osaamisen ulottuvuuksia, joita systeemisen kokonaisuuden rakentaminen vaatii. Yhteistyön keskeiseksi edellytykseksi muotoutuu, miten tuotettu tieto ja osaaminen kootaan yhteen asiakkaan ja ammattilaisten kanssa kokonaisvaltaiseksi käsitykseksi, jaetuksi sosiaalisesti kognitioksi. Yhteistyö edellyttää vastuunottoa, selkeää käsitystä omasta tehtävästä, toisten asiantuntijuuden kunnioittamista, kuuntelu- ja ilmaisutaitoja sekä kokonaisuuksien ymmärtämistä. Sitä voidaan kutsua myös kollektiiviseksi käsitteen muodostus prosessiksi eli tieto luodaan yhteisöllisesti. (Isoherranen. 2005, 33; 2008 34; Kontio. 2010, 11–12).

Organisaation voidaan ajatella olevan kulttuuri, jossa korostetaan ihmisten jakamaa merkitystulkintaa. Silloin organisaatiokulttuurin ajatteluaan syntyvän ja kehittyvän sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Ajattelutavan mukaan myös organisaatiokulttuurin muutos on sidoksissa ajattelun- ja toimintatapojen muuttamiseen. Se ei tapahdu nopeasti, eikä se ole täysin hallittavissa.

Organisaatiokulttuuri voidaan nähdä joukkona eri kulttuureja, joita voi syntyä esim. eri ammattiryhmien sisälle. Ne voivat muodostaa organisaation sisälle hyvin vahvoja yhteisöjä, sisältäen valtakulttuurille vastakkaisia elementtejä. (Lämsä. 2004, s. 177).

Asiantuntijuus moniammatillisuudessa pitäisi nähdä dynaamisena, se ei tule annettuna, vaan se ansaitaan tiimin vuorovaikutuksessa aina uudelleen. Perinteisen asiantuntijakeskeisyyden ja yksintyöskentelyn kulttuurin on muututtava asiantuntijoiden tasaveroiseksi vuoropuheluksi. Sen kehittymistä edistävät innovatiiviset ammatilliset käytännöt laajojen verkostoiden avulla. Moniammatillinen toiminta paljastaa toisaalta yksittäisen ammattilaisen osaamisen, mutta myös tietämättömyyden. Se tuo jännittyneisyyttä yhteistyöhön, joka vaatii oman osaamisensa kriittistä arviointikykyä. Vuorovaikutustaitojen puutteellisuus on tutkimusten mukaan yksi este hyvälle moniääniselle keskustelulle. (Isoherranen. 2008, 41).

Sosiaalisessa konstruktionismin perinteessä todellisuus rakentuu ihmisten välisissä sosiaalisissa prosesseissa merkitysten kautta jäsenyvinä. Dialogin avulla rakennetaan ja jäsennetään yhteistä ymmärrystä. Aidon dialogin avulla rakennetaan tieto, emootiot ja toiminta yhteiseksi sosiaaliseksi todellisuudeksi. (Seppänen. 2005, 188–189). Tieto on aina jokin näkökulma, joka sosiaalisessa suhteessa luo merkityksensä. Kieli rakentaa ja muokkaa jatkuvasti käsitystämme todellisuudesta. Jäsennämme todellisuuttamme yhteisymmärryksen, neuvottelujen ja ristiriitatilanteiden tuloksena, joissa tietyt todellisuudet saavat vahvemman sijan kuin toiset. (Burr. 1995). Älykäs yhteistyö vaatii ymmärryksen vuorovaikutuksen logiikasta, miten ihmiset toimivat yhdessä tilanteissa, joissa heidän motiivinsa ovat erilaiset. Älykäs toimintakulttuuri voi kehittyä vain, kun organisaatiossa kunnioitetaan toista sekä menestyään yhdessä. (Virtanen & Stenvall. 2014. 84).

3.1 Asiakasarvo

Markkinoiden toiminta on perinteisesti perustunut teollisesti tuotettujen tavaroiden vaihdolle sekä niiden tehokkaalle tuotannolle, tarjonnalle. Viimeisten vuosikymmenten aikana vallalle on noussut uusi näkökulma Service Dominant Logic (Vargo & Lusch. 2004), joka painottaa aineettomien resurssien, kuten osaamisen, yhteiskehittelyn (co-creation) ja yhteistyön merkitystä. SDL-ajattelu pohjautuu siihen, että liiketoiminnan ja markkinoinnin painopiste on kiinnittynyt konkreettisista tuotteista asiakkaan saamaan palvelukokemukseen.

Kuluttajilla on tänä päivänä, enemmän kuin koskaan, tarjolla mahdollisuus valita eri tuotteiden ja palveluiden väliltä. Kilpailu tuotteiden välillä kiristyy, mutta yrityksillä on vähemmän mahdollisuuksia erottua pelkillä tuotteillaan, koska hinnan merkitys vähenee. Arvon luomisen merkitys on nopeasti muuttamassa tuotokeskeisyyttä kohti yksilöllistä kuluttajakeskeisyyttä. Tietoiset, verkottuneet, valtaistuneet ja aktiiviset kuluttajat haluavat enenevässä määrin aktiivista vuorovaikutusta yrityksen kanssa, jolloin arvon yhdessä luominen mahdollistuu. Arvon tuottamisen rakennuspalkoina toimivat vuoropuhelu (dialogi), käyttöoikeus (access), riskinarvio (risk-benefit) ja läpinäkyvyys (transparency) (DART). (Prahalad & Ramaswamy. 2004b, 5, 9-14).

Markkinat voidaan nähdä asiakkaan ja yrityksen välisenä vuoropuheluna. Sen onnistuminen edellyttää vuorovaikutusta, syvää sitoutumista sekä kykyä että tahtoa molemmilta osapuolilta. Aktiivisen vuoropuhelun avulla voidaan kehittää jaettuja ratkaisuja, mutta se edellyttää organisaation ja kuluttajan yhteisen ongelman tasaveroista ratkaisua. (Prahalad & Ramaswamy. 2004b, 9).

Kuluttajien osallistuminen vuoropuheluun mahdollistuu, kun heillä on ammattilaisten tavoin yhtäläiset käyttöoikeudet tietoon, ja se on läpinäkyvää. Tällöin heillä on mahdollisuus tehdä riskinarvio ja ottaa vastuu päätöksestään. Sekä asiakkaiden että organisaatioiden pitää ymmärtää, että arvon luominen yhdessä on kaksisuuntaista, vallan mukana siirtyy myös vastuu. Tupakoitsija, joka tupakoinnin vaarat tietäen jatkaa, kantaa vastuun toimiensa seurauksista. (Prahalad & Ramaswamy. 2004b, 9, 13-14).

Asiantuntijuuden ytimeksi määritellään teoreettinen tieto, jota sovelletaan eri konteksteissa. Muutoksen nopeus ja tiedon määrä sekä saatavuus ovat murentaneet pohjaa perinteiseltä asiantuntijuudelta, joka on pitkälti rakentunut professioille ja rakenteille. Asiantuntijatyön luonteen muutos on siirtänyt painopisteen kohti vuorovaikutusta. Uudella tapaa järjestäytyneellä asiantuntijuudella on tyypillistä, että se ylittää perinteiset toimi- ja ammattikunta rajat. Yhden oikean ratkaisun sijaan on monia. Sen löytämiseksi tarvitaan tasaveroista keskustelua eri vaihtoehdoista yhdessä muiden asiantuntijoiden kanssa. Asiakas koetaan kanssa-asiantuntijaksi, jolle räätälöidään yksilöllinen ratkaisu ongelmaan. Vanhassa käsityksessä asiantuntijuus on rakentunut professionaalisesti, omaa ammattikuntaa on haluttu suojella ja sen asemaa vahvistaa. Hierarkkisuus on määrittänyt eri ammattikuntien väliset suhteet ja asiak-

kaan objektiksi. Ongelmat ovat yksinkertaisia ja niihin on olemassa valmiit ratkaisut. (mm. Peltomäki ym. 2002, 87–90; Abbott. 1988, 86–91).

3.1.1 Asiakasymmärrys

Asiakasymmärryksellä tarkoitetaan organisaation kykyä ymmärtää todellisuus, jossa heidän asiakkaansa elävät ja toimivat. Organisaatioiden on tunnettava asiakkaidensa tarpeet ja odotukset, näistä syntyy asiakasarvo. Asiakasymmärrys tarkoittaa asiakkaan arvonmuodostuksen ymmärtämistä. (Kuusela & Neilimo. 2010. 47–59). Asiakasymmärrys voidaan määrittää myös asiakastiedoksi, joka on jalostettu käyttötilanteeseen sopivaksi. (Virtanen ym. 2011. 18).

Asiakasarvon määritelmä on yleisesti hyväksytty kirjallisuudessa siten, että sen määrittävät asiakkaat. Arvon määrittävät asiakkaat markkinoilla, eivät toimittajat tehtaissaan. Ei, mitä tuottaja laittaa input:na vaan mitä asiakas saa output:na. (Khalifa. 2004. 647). Asiakasarvoa kertyy sekä toiminnallisuuden ja ratkaisujen että kokemuksen ja tarkoituksen kautta. Asiakashyöty kahdesta ensimmäisestä toiminnoista on enemmän aineellista ja kahden jälkimmäisen toiminnon kohdalla pääosin aineetonta. (Khalifa.2004. 647; Kuusela & Neilimo. 2010. 47–59).

Asiakkaat eivät osta palveluita, vaan niistä saatavia hyötyjä. Arvo syntyy vasta sitten, kun asiakas on pystynyt hyödyntämään palvelun. Asiakkaat etsivät ratkaisuja, joita voivat käyttää ja saada arvoa jokapäiväiseen elämäänsä. Laadukas tuotantokoneisto ei auta luomaan asiakasarvoa, jollei ylläpito- ja huoltotehtäviä hoideta taitavasti ja oikea-aikaisesti. (Grönroos. 2009. 25–29). Sairaalahoitajakso ei tuota potilaalle arvoa, ellei hän ole kokenut saaneensa apua sairauteensa.

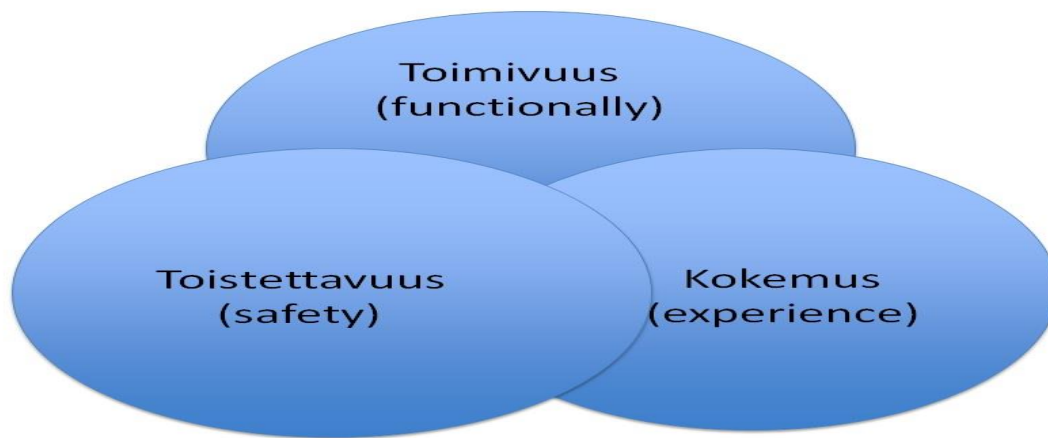
3.1.2 Asiakasymmärrys terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveystalvet arrostellaan siitä, että ne pakottavat asiakkaat sopeutumaan tarjolla oleviin palveluihin eikä päinvastoin. Tarvepohjaisen palvelun luomiseksi pitäisi ensin kartoittaa asiakkaiden tarpeet. Palveluketjujen suunnittelussa huomioidaan, ettei niissä ole päällekkäisyyksiä, mutta ei myöskään aukkoja. Tiedonkulun varmistaminen eri tasojen välillä on tarpeen hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. (Øvretveit. 1995, 45–46; vrt. myös Rannisto. 2014).

Asiakaskokemus tai -arvo voidaan jakaa neljään tasoon: taloudelliseen, toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Taloudellinen arvo pohjautuu hintakilpailun tuottamaan etuun. Toiminnan tasolla pyritään vastaamaan asiakkaan funktionaaliseen tarpeeseen. Silloin asiakas kokee prosessien sujuvuutta, palvelun hahmotettavuutta, saavutettavuutta, käytettävyyttä, tehokkuutta ja monipuolisuutta eli hygieniatasoa. Niiden tulee täyttyä, jotta palvelulla on yleensä mahdollisuus olla kilpailluilla markkinoilla. (Kuusela & Neilimo. 2010, 47–59; Tuulaniemi. 2011, 55, 74–75; Rintamäki ym. 2014, 27–28). Terveysthuollossa sitä voisi kuvata tasoksi, jossa toimitaan kansallisten hoitosuositusten pohjalta. Ne ovat laadittu tukemaan päätöksentekoa, parantamaan hoidon laatua sekä vähentämään hoitokäytäntöjen vaihtelua.

Kolmannella emotionaalisella tasolla asiakkaan kokemat hyödyt ja uhraukset ovat tunnetiloja, siten myös yksilöllisempiä ja hedonistisempia. Niitä on vaikea tunnistaa ja mitata. Aistinvaraiset viestit voivat parhaimmillaan muodostaa myönteisen ja elämyksellisen kokemuksen. (Kuusela & Neilimo. 2010, 47–59; Tuulaniemi. 2011, 74–75; Rintamäki ym. 27–28; Zeithaml. 1988, 2–22; Woodruff. 1997, 139–153). Terveysthuollossa sillä tarkoitetaan asiakkaan aitoa kohtaamista voimaannuttamista vuorovaikutuksen keinoin. (vrt. myös Koivuniemi ym. 2011, 94–96; Koivuniemi ym. 2014, 114–117, 133–134).

Terveysthuollon laatua on perinteisesti mitattu toimivuudella/ suorituskyvyllä (functionally/ performance), jolloin mitataan esim. hoitoaikojen pituutta ja verrataan niitä vastaaviin yksiköihin. Toisena mittarina on ollut turvallisuus/ toistettavuus (safety/ engineering), jolloin arvioidaan hoidon luotettavuutta ja turvallisuutta. Kolmanneksi laadun mittariksi nostetaan Baten & Robertin (2006) tutkimuksessa kokemus/ käytettävyys (experience/ usability). Heidän väitteensä pohjautuu ajatukselle, että vaikka hoito on ollut asianmukaista ja laadukasta, sekä kaikki on sujunut hyvin ilman komplikaatioita. Mutta potilaan kokemus on ollut huono, hän ei silloin ole tyytyväinen hoitoonsa ja hänen sitoutumisensa hoito-ohjeisiin on heikko. Tarvitaan näiden kolmen ulottuvuuden tasapainoa ja päällekkäisyyttä, jotta voidaan tuottaa vaikuttavia terveystalveluja.



Kuvio 4 Hoidon laatu-ulottuvuudet (mukaillen Bate & Robert)

Hoitoketjujen avulla on pyritty luomaan potilaille perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityissektorin palvelukokonaisuus asiakaslähtöisesti. Niiden tarkoituksena on ollut turvata potilaan hoidon jatkuvuus yli organisaatorajojen ja ammattiryhmien yhtenäistämällä hoitokäytäntöjä sekä selkiyttämällä hoidon porrastusta. Perinteisesti potilaan hoito on määrittynyt lääketieteellisten tarpeiden ja organisaatioiden palvelutarjonnan pohjalta. Hoitoketjuajattelun lähtökohtana on rakentua asiakkaan prosessin ympärille, joka tehdään yhdessä potilaan kanssa. (Pshp:n hoitoketjuopas. 2015)

Tätä käsitystä tukee vastikään julkaistu Laitisen (2014) väitöskirja: Ajan ja paikan merkitys potilaslähtöisessä hoitotyössä ja sähköisessä dokumentoinnissa akuutin hoidon osastolla. Se osoitti sairaalavaiheen merkityksellisyyden potilaille syntyvän sairaalassaoloaikaisesta kokemuksesta, omiin hoitovaiheisiin liittyvästä tietämisestä sekä läheisten tuesta että läsnäolosta. Hoito jakautuu moneen eri yksikköön aiheuttaen hoidon pirstaloitumisen, jota voitaisiin vähentää siirtymällä organisaatiokeskeisyydestä potilaslähtöisyyteen. Hoidon jatkuvuus siirtymisissä turvataan dokumentoinnilla, jotka tehdään yhdessä potilaan kanssa. Potilaiden selviytymistä tulevaisuudessa ennusti toimintojen ajantasaisuus sekä hoitohenkilökunnan lähellä olo.

Tutkimuksessa kohtaamisen hoitosuhteessa mahdollisti läheisyys. Se ilmeni potilaan ja hoitotyöntekijän välisessä vuoropuhelussa, potilaan ajantasaisena informointina sekä yhteisenä päätöksentekona. Etäisyyttä hoitosuhteessa tutkija ilmensi käsitteellä särkynyt kohtaaminen.

Se näkyi yksisuuntaisena monologina, potilaan syrjäyttämisenä, neuvottelemattomuutena ja päätöksentekoon osallistamattomuutena. Jos potilas ei koe saamiensa hoito-ohjeita merkityksellisiksi, hän ei todennäköisesti myöskään sitoudu hoitoonsa. (Laitisen 2014, 79–85).

Asiakasarvon korkeimmalla tasolla merkitys -kokemukset syntyvät itseilmaisullisin keinoin. Merkitysten välittäjänä voi toimia brändi, joka kertoo palvelun identiteetistä ja jonka avulla asiakas määrittelee palveluntuottajan imagon. (Kuusela & Neilimo. 2010. 47–59). Sitä pidetään ylimpänä asiakaskokemustasona, johon liittyy mielikuva- ja merkittävyysulottavuuksia, unelmia, oivalluksia, kokemuksen henkilökohtaisuutta, suhdetta asiakkaan elämäntapaan ja identiteettiin. Merkitystasolla puhutellaan asiakkaan persoonaa, se ei välttämättä ole räätälöity palvelu, mutta se on asiakkaalle henkilökohtaisesti merkityksellinen. (Tuulaniemi. 2011. 74–75; Rintamäki ym. 27–28). Ennakoivan ymmärryksen tai piilevien tarpeiden tunnistamisen avulla voidaan suunnitella ratkaisuja, jotka helpottavat asiakkaiden elämää proaktiivisesti. Palveluliiketoimintaa kehitetään asiakasymmärryksen ja innovaatioiden avulla. (Arantola & Simonen. 2009, 4; Tuulaniemi. 2011. 71).

Terveystieteidenhuollossa se tuo hetkellisen yhteisymmärryksen tunteen asiantuntijan ja asiakkaan välille, kokemuksen täydellisestä vuorovaikutustilanteesta. Potilaat arvioivat asiakaspalveluaan tuntemuksillaan. Se syntyy asiakaspalvelun eri vaiheissa syntyneissä merkityksissä, jotka yhdistyvät kokonaisuudeksi. Kohtelun laatua potilaat arvioivat saamansa vilpittömän huomiomäärän perusteella. (Tuorila. 2000).

3.1.3 Palvelun yhteistuotanto

Palvelu voidaan määritellä toiminnaksi, joka helpottaa jotakuta tekemään jotain. Se on vuorovaikutteista toimintaa, joka ratkaisee asiakkaan ongelman. Siihen liittyy aina kokemus, jonka arvo syntyy ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Palvelun vuorovaikutteisyyden takia palvelutapahtuman onnistuminen tai epäonnistuminen konkretisoituu ihmisten välisessä kohtaamisessa. (Tuulaniemi. 2013).

Palvelu on pohjimmiltaan eri asia kuin tuote, ero liittyy tuottamistapaan, palvelu on aina yhteistuotettu. Terveyspalveluiden yhteistuotannossa suunnitteluun osallistuvat potilaiden ja ammattilaisten lisäksi myös sairaalaorganisaatio ja yhteiskunta. Kukaan ei yksin voi suunnitella arvoa tuottavaa palvelua, vaan kaikkien osallistumista tarvitaan. (Batalden ym. 2015).



Kuvio 5 Käsitteellinen malli terveydenhuoltopalveluiden yhteistuotannosta. (mukailtu Batalden ym. 2015)

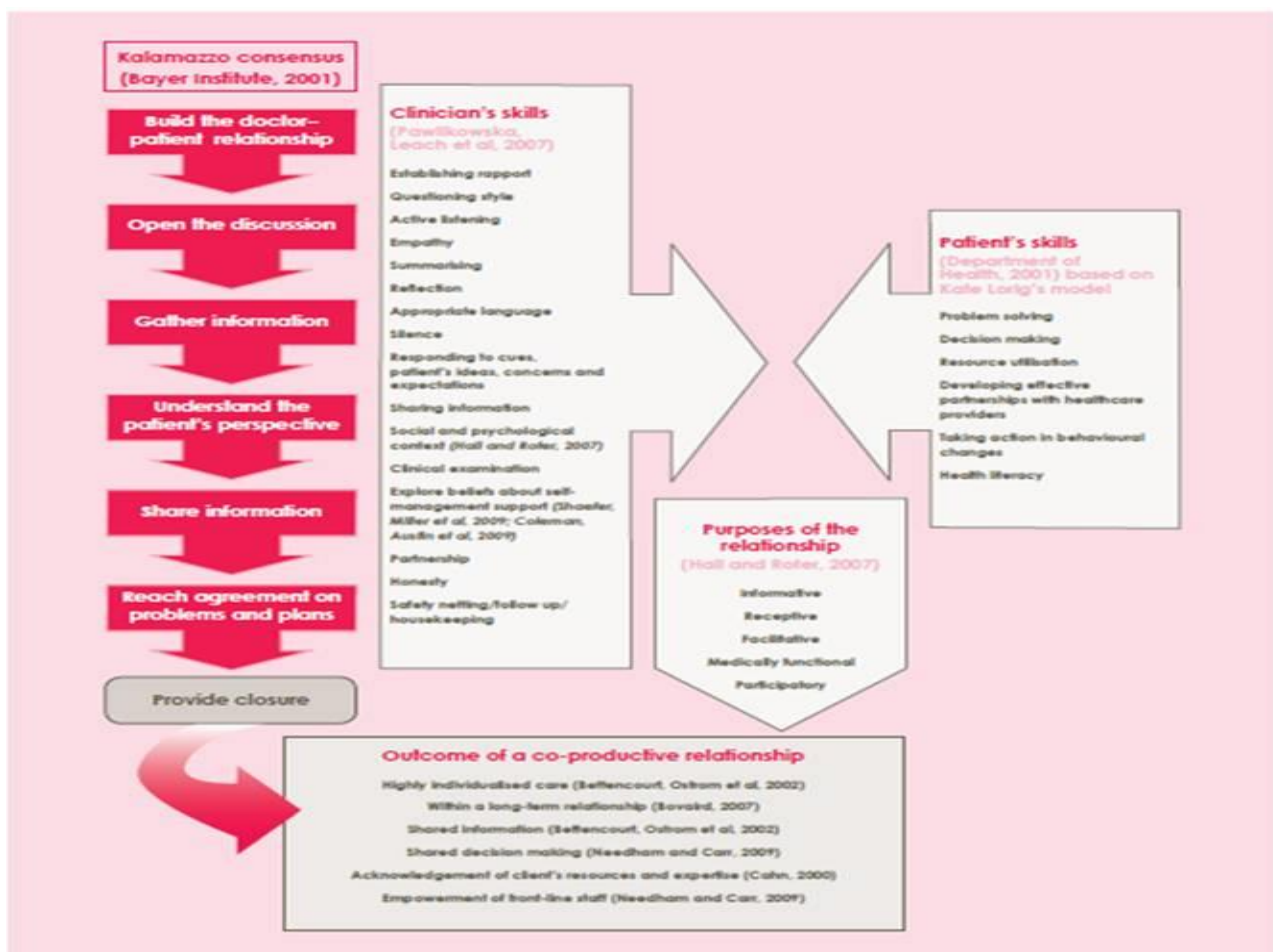
Palvelulogiikan muutos vaatii asiakkaiden mukaan ottamista toiminnansuunnitteluun. Asiakas ajatellaan subjektiksi, jonka kanssa palvelu tuotetaan eikä objektiksi, jolle se tuotetaan. Palvelun tuottavuus on tasapainon löytämistä asiakastyytyvyyden ja kustannusten välillä. Asiakkaalle ei ole merkityksellistä, miten palvelu on organisoitu kulisissa, vaan miten se toimii. Palvelun vähimmäistavoitteena on täyttää asiakkaan odotukset, mutta myös mielellään ylittää ne. (Tuulaniemi. 2011, 72–76; Grönroos. 2009, 25–29; Virtanen ym. 2011). Julkisen palvelutuotannon lähtökohtana on perinteisesti ollut korkea institutionaalisuus, jossa professiot ja rakenne ovat keskiössä. Näistä ollaan siirtymässä rakenteiden väliseen yhteistyöhön ja palveluintegraatioon. (Laitinen. 2013, 88–89).

Yhteistuotannossa asiakas nähtiin alkuun sekä tuottajana että kuluttajana, mutta viime vuosina näkemys asiakkaasta on vakiintunut ja vahvistunut resurssiksi ja arvon tuottajaksi, subjektiksi. Jo vuosikymmeniä sitten tehdyissä tutkimuksissa ensimmäisen kerran havaittiin palvelun laadun korreloivan käyttäjän osallistamiseen. Se on jalostunut vuosien saatossa palvelun yhteissuunnittelun, -tuottamisen ja -kehittämisen suuntaan, jossa pyrkimyksenä on asiakkaan sitoutumisen parantaminen. Päätökset tehdään horisontaalisesti ja valtuuttavana tekijänä korostuu osallisuus ja vaikuttavuus, ajatuksen voi kiteyttää kansalaisten ja ammattilaisten hyvinvoinnin yhteistuotannoksi. Osallistamisen tavoitteena ei ole pyrkiä pääsemään ammatti-

laisten parhaaseen ratkaisuun, vaan asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen. (Laitinen. 2013, 88–97, 108; Rannisto ym. 2014, 124; Bessant & Maber. 2009, 566).

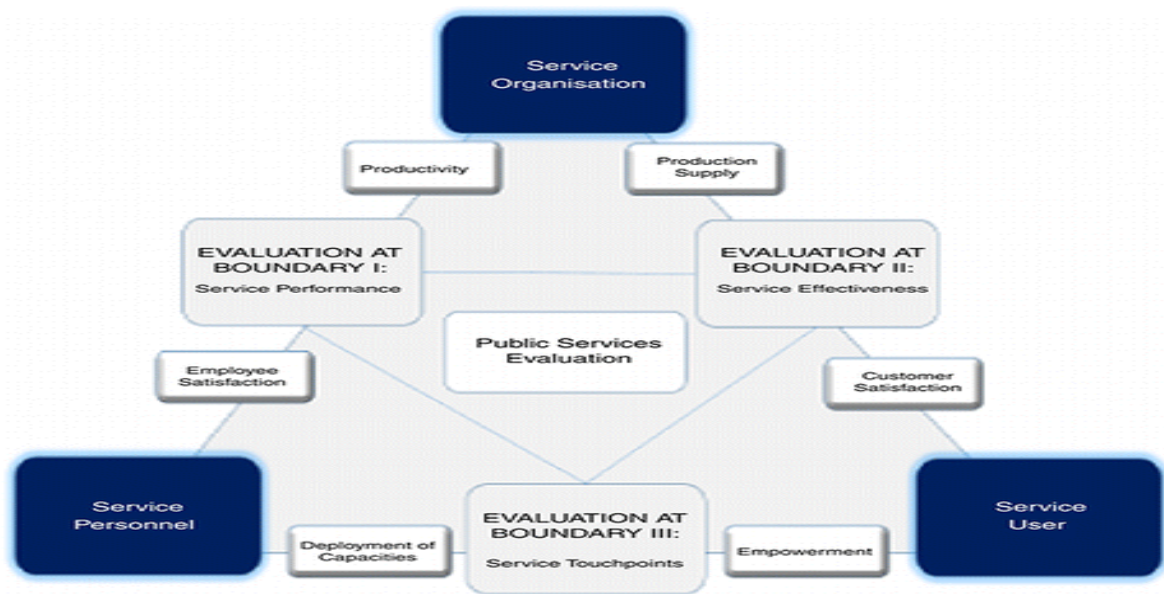
Co-creation (yhteiskehittely) on mm. Prahaladin & Ramaswamyn (2004a) käyttämä käsite, jossa haastetaan palvelujen tuottamiseen liittyvä toimintatapa ja pyritään luomaan käyttäjälähtöisiä innovaatioita. Siinä pyritään vielä syventämään yhteistuotantoa sellaiseksi, jossa organisaation ja asiakkaan roolit sekoittuvat ja molemmat osapuolet tuovat lisäarvoa prosessiin. (kts. myös Grönroos. 2008.)

Mitä on yhteistyötuotanto –artikkelissa Realpe & Wallace (2010) toteavat, että yhteistyö terveydenhuollon yhteistuotannossa vaatii potilailta asiantuntemusta omasta terveydestään sekä päätöksentekokykyä ja samalla ammattilaisten pitää muuttua järjestelijästä (fixer) mahdollistajaksi (facilitators). Muuttaakseen käytäntöjä yhteistuotanto vaatii vallan tasaveroista jakamista palvelun ammattilaisille ja käyttäjille. Potilaslähtöisyyttä kuvataan klinikkojen ja potilaiden välisenä suhteena, jossa kaksi ammattilaista kohtaa kunnioittamalla toisen tietoja ja taitoja.



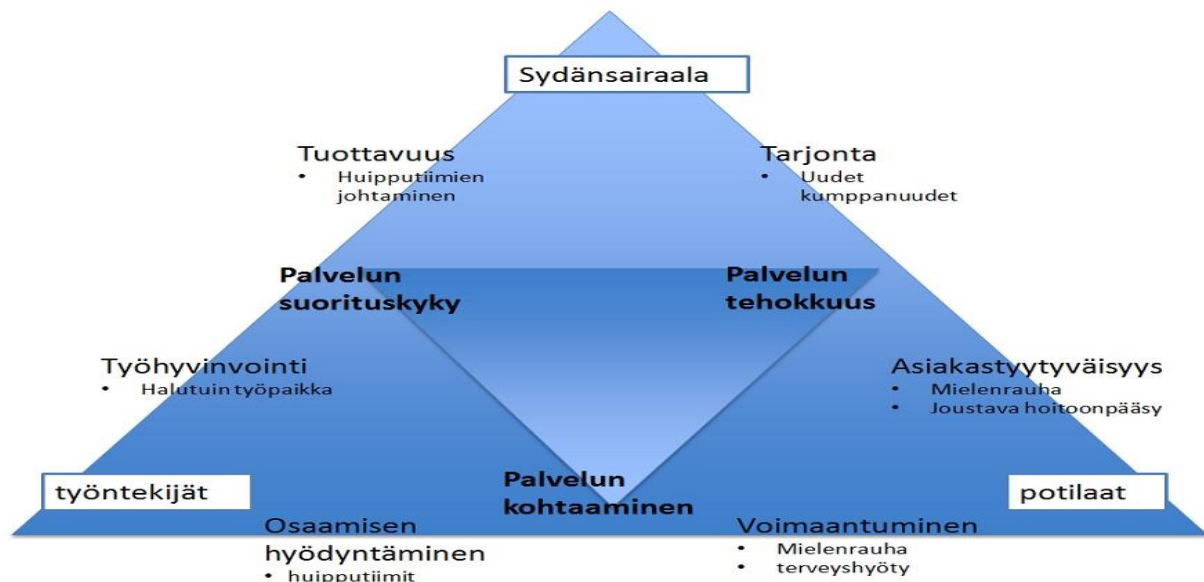
Kuvio 6 Pitkäaikaissairaiden hoitoketju terveydenhuollon yhteistuotantoketjuna (Realpe & Wallace. 2010)

Virtanen ja Stenvall (2014) ovat kuvanneet (kuvio 7) julkisten palveluiden muutosta yhteiskehittelyksi. He ovat jakaneet julkisen palvelun triangeliin, jonka kulmissa ovat organisaatio, palvelun käyttäjät ja työntekijät, jokaista kolmion sivua voi arvioida kahdesta näkökulmasta. Palvelun suoritus/tuotantokykyä sekä tuottavuuden että työntekijöiden tyytyväisyyden kautta, palvelujen tehokkuutta tuotannon tarjonnan ja asiakastyytyväisyyden näkökulmasta ja kolmatta kateettia palvelun kohtaamisella asiakkaan voimaantumisen ja henkilökunnan kyvystä kohdata asiakas näkökulmasta.



Kuvio 7 Hyvinvointipalveluiden toimivuuden arvioinnin viitekehys (Virtanen & Stenvall. 2014)

Sydänsairaalassa halutaan monialaisella osaamisella taata potilaan sujuva, luotettava ja turvallinen hoitokokemus. Sitä tavoitettava varten on tiimiytetty koko henkilökunta ja toiminta on rakennettu potilaan hoitopolun ympärille. Olen kuvannut Sydänsairaalan strategian Virtanen & Stenvallin (2014) palvelun toiminnan arvioinnin kehikkoon. Mielestäni palvelun suorituskyvyn ja tehokkuuden parantaminen ja mittaaminen ovat huomioitu strategiassa. Tutkimukseni mielenkiinto kohdistuukin heikommin tunnetulle alueelle eli palvelun kohtaamiselle, vastaavatko huipputiimit potilaan voimaantumisen/ mielenrauhan tarpeeseen?



Kuvio 8 Sydänsairaalan strategia sijoitettuna Virtasen & Stenvallin (2014) palvelun toiminnan arviointikehikkoon

3.2 Asiantuntijuus

Perinteinen asiantuntijuus on pohjautunut tieteelle, instituutioille ja professioille. Tieteen tehtävänä on ollut perustella tietoa, joka voidaan legitimoida puolueettomissa instituutioissa. (Eräsaari. 2002, 21–22). Profession tärkeimmäksi ominaisuudeksi on Abbott (1988, 86–91) määritellyt valtuutuksen eli oikeutuksen määrittellä, ottaa haltuun ja ratkaista alansa yhteiskunnallisia ongelmia ja tehtäviä. Tietoa ei tänä päivänä pidetä enää minkään ryhmän tai yksilön monopolina, vaan se on tilannesidonnainen resurssi. Asiantuntijuuden ja tiedon lisääntymisen myötä kommunikaation merkitys on kasvanut. Asiantuntijan ja maallikon raja hämärtyy, jolloin diskurssissa syntynyt merkitys toimii liikkeelle paneva voimana. (Eräsaari. 2002, 22–33; Haapakoski. 2002, 108).

Asiantuntijuuden korostuminen ja erikoistuminen terveydenhuollossa on johtanut tilanteeseen, jossa normaaliuden rajat on pyritty määrittelemään entistä enemmän ammattilaisauktorisiteettien toimesta. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat pyrkineet hallitsemaan diskursseja, joissa muodostetaan kulttuurinen ymmärrys ongelmista ja ratkaisutavoista. Toisaalla vastavoimana on toiminut kuluttajien lisääntynyt tietoisuus terveydenhuollon hoitomahdollisuuksista, joka on lisännyt asiakkaan valinnanmahdollisuuksia ja valtaa valita itselleen sopiva hoito. (Eriksson. 2002 41–55; Autio ym. 2012). Kapeutunut asiantuntijuus on objekti-

voinut potilaan, jolloin hoidetaan vain hänen tiettyä sairauttaan tietyssä yksikössä. Potilaan ollessa subjekti huomioidaan hänen koko elämäntilanteensa. (Vähäaho. 2002, 74). Yhteiskunnan toimintojen ja alueiden monimutkaistuminen ja eriytyminen ovat johtaneet tehtävien ja roolien eriytymiseen sekä tiedon institutionalisoitumiseen. Asiantuntijuutta tarvitaan, mutta siihen ei suhtauduta kritiikittömästi, jolloin kontekstisidonnainen asiakkaan luottamus asiantuntijaan mahdollistuu kommunikaation avulla. (Haapakoski. 2002, 108–109).

Tuorila (2000, 141–144) tutki väitöskirjassaan potilaskuluttajien kokemuksia ja käsityksiä asiakaspalvelusta oikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Siinä todettiin, että potilaat pyrkivät ymmärtämään saamaansa asiakaspalvelua kuten muitakin itseään koskevia tapahtumia. Potilaskuluttajat täydentävät lääketieteellisen asiantuntemuksensa riittämättömyyttä arvioimalla asiakaspalvelua subjektiivisilla tuntemuksilla, jokainen asiointikokemus eri henkilöstöryhmän kanssa prosessin eri vaiheissa muokkaa kokemusta.

Tarjolla olevan tiedon lisääntymisellä sekä koulutustason kasvulla on yhteys potilaiden valistuneisuuden kasvuun. Tarjolla oleva tieto on kuitenkin enemmän yleisluontoista, jolloin potilaiden yksityiskohtainen tieto vaikuttavista tekijöistä puuttuu. Toisaalta sairauden väsyttämisen potilaan ensisijainen kiinnostuksen kohde on avun saamisessa terveysongelmaansa, asiakaspalvelun toiminnallisen osan jäädessä toissijaiseksi. Potilas arvioikin palvelutilannetta enemmän asennoitumista asiakkaaseen kuin lääketieteellisenä asiantuntemuksena. Palvelun tuottajat tarvitsevat tietoa siitä, millaisia tuntemuksia heidän toimintansa herättää ja miten niihin voidaan vaikuttaa. (Tuorila. 2000. 141–144)

Terveydenhuollon organisaatiolähtöistä toimintatapaa kustannustehokkaana ja sosiaalisesti oikeudenmukaisena järjestelmänä on kyseenalaistettu, koska se on luisumassa kohti epätasaroista mallia. Siihen on vuosien saatossa syntynyt toiminnallisia, hallinnollisia ja rakenteellisia ongelmia, joita pitäisi korjata. Ratkaisuna pidetään uutta WHO:n visiota terveydestä, siinä katse käännetään sairaudesta jäljellä olevaan terveyteen ja arjessa pärjäämiseen ammattilaisten tuella. Sen tueksi tarvitaan uudenlainen palvelulogiikka, joka lähtee liikkeelle asiakasnäkökulmasta, miten asiakas pärjää sairautensa kanssa arjessaan. Arjen vaikutukset ovat eri asia kuin pelkästään lääketieteellisten keinoin mitattava palvelujen vaikuttavuus. Terveydenhuollon kokonaiskuvan hallintaan tarvitaan suoriteperustan lisäksi vaikuttavuuden sekä arki-vaikutusten mittareita. (Koivuniemi ym. 2014, 7-8). Poikelan (2010, 210–211) tekemän väi-

töskirjan mukaan asiakaskohtaisen suunnitelman tavoitteiden asettaminen rajautui vielä palvelutarjooman mukaiseksi jättäen ulkopuolelle asiakkaan oman tulkinnan avun tarpeestaan.

3.3 Terveysthuolto-organisaatioiden palvelumuutos

Organisaation toimintaa ohjaa strategia. Se on se punainen lanka, jonka pitäisi ohjata kaikkea päätöksentekoa organisaatiossa. Strategiamuutoksessa painotetaan enemmän johdon roolia ulkoisen ympäristön tulkinnassa ja sen pohjalta tehtävää organisaation strategian ja vision tarkentamista. Muutoksen toteutumiseen vaaditaan organisaatiolta yhteistyötä ulkoisen ympäristön, organisaation vision, johtamisen ja oppimisprosessien välillä. (Appelhaum ym. 1998, 300). Strategia on jatkuvaa valintojen tekemistä sekä päätöksentekoa nykyisen, tulevan, mahdollisen ja uhkaavan välillä. Strateginen johtaminen vaatii vuorovaikutusta, jossa mahdollistetaan monikriteerinen päätöksenteko. Kompleksisessa maailmassa vaihtoehtoja on useita ja niitä on mahdollista perustella eri näkökulmista ja kriteereistä, valitun strategian on tarkoitus ohjata päätöksentekoa. Viime vuosien kiristyneessä kilpailussa ovat korostuneet innovatiiviset liiketoimintamallit, joissa osaamista yhdistellään uudella luovalla tavalla. (Kuusela & Neilimo. 2010, 13–16). Strategioiden implementointiongelmia tutkimuksissa (Aaltonen & Ikävalko. 2002; Atkinson. 2006; Sioncke & Parmentier. 2007) on todettu suurimmiksi ongelmiksi puutteet vuorovaikutuksessa, onnistumisen mittaamisen vaikeus sekä kykenemättömyys määrittää asiakkaan tarpeita.

Terveysthuollossa palvelulähtöisyys ja siihen kytkeytyvä asiakaslähtöisyys tuovat uuden näkökulman strategiseen toiminnan tarkasteluun. Perinteinen terveysthuollon tuotantolähtöinen tapa on ollut ylhäältä alaspäin suuntautuvaa, jossa määritellään esim. valtion taholta kehittämishankkeita. Palvelutieteessä strategiaa lähdetään kehittämään päinvastoin asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Sen on todettu olevan hidas kulttuurinen oppimisprosessi, joka vaatii vuorovaikutuksen rakentamista sekä edellyttää luottamusta ja sosiaalista pääomaa integraation toteutumiseksi. Keskeisimpänä haasteena pidetään eri ammattiryhmien välisen jännitteen murtamista. Strategian toteutumista edisti riittävän vahva toimija, joka pystyi toiminnan koordinointiin ja resurssien päätösvallan avulla vaikuttamaan integraation toteutumiseen. (Stenvall. 2013, 79–87).

Oheisessa kuviossa Vähäaho (2002, 72) on pyrkinyt kuvaamaan terveysthuollon palvelulogiikan muutosta massatuotannosta kohti räätälöityjä asiakaslähtöisiä palveluja.



Kuvio 9 Hoidon hallinnan muutos mahdollisuudet. (Vähäaho. 2002, 72)

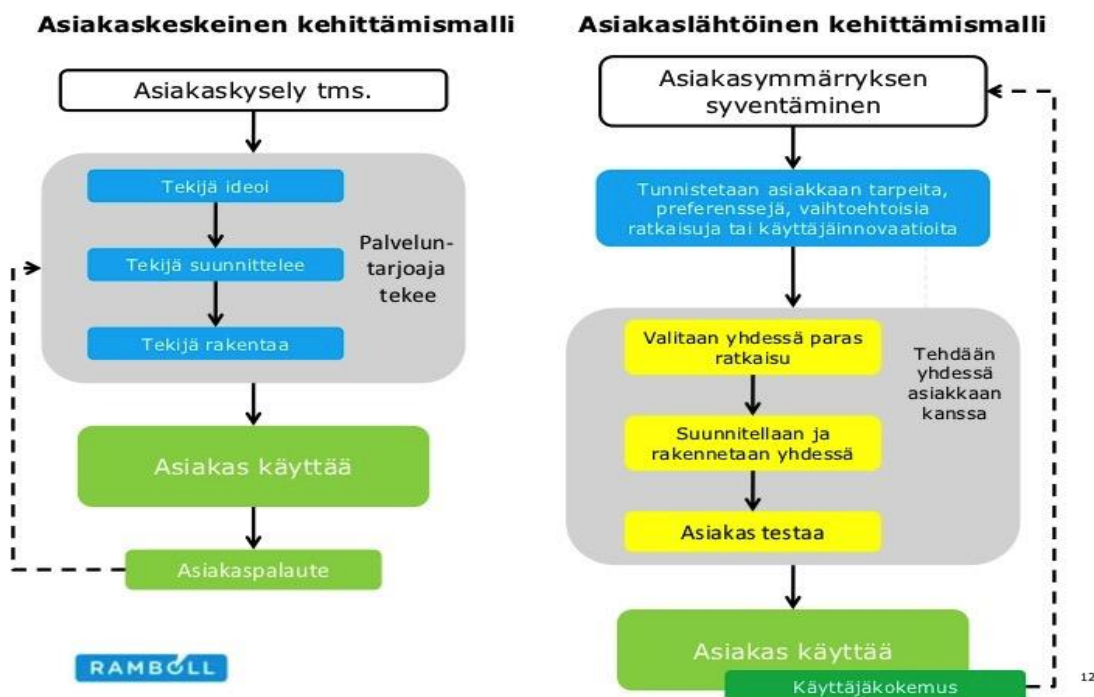
Terveystenhuollon asiakas voidaan määritellä palvelutuotanto-organisaatiossa monesta eri näkökulmasta, joka hankaloittaa myös yhteisen näkemyksen luomista. Oikeudellista näkökulmaa säätelee mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jossa säädetään potilaan ihmisarvon kunnioittamisvelvoitteesta. (Virtanen ym. 2011, 15–16). Terveystenhuolto-laissa (2010/1326) puhutaan palveluiden asiakaskeskeisyyden vahvistamisesta. Viimevuosi-en terveystenpoliittiset linjaukset ovat niin ikään korostaneet kansalaisten omavastuuta ja velvollisuutta oman hyvinvointinsa ylläpitämiseen. (kts. esim. STM. 2006). Asiakkuuden määrittelemisellä kuluttajuudeksi on haluttu korostaa asiakkaiden osallistamista palvelujen tuottamiseen ja kehittämiseen. Hallinnollisesta näkökulmasta katsottuna asiakkuus voidaan määrit-tää perinteisestä palvelun vastaanottajasta -arvoa tuottavaksi palveluksi. (Virtanen ym. 2011. 16; Pitkälä ym. 2005, 106–107). Tässä tutkimuksessa keskitytään hallinnolliseen näkökulmaan, kuinka asiakkaan osallistumista omaan hoitoonsa voitaisiin edistää organisatorisin keinoin.

3.4 Asiakslähtöisyys

Terveystenhuollossa sekä kirjallisuudessa käytetään sekä asiakas-/ potilaslähtöisyyttä että asiakas-/potilaskekskeisyyttä usein rinnakkaisina termeinä. Asiakas termiä käytetään yleisimmin, kun puhutaan asiakkaan ennaltaehkäisevästä toiminnasta esim. neuvonnasta. Potilas

nimitystä käytetään useimmiten tilanteissa, jolloin henkilöllä on todettu jokin terveysongelma tai sairaus. (Pitkälä ym. 2005, 100). Tässä tutkimuksessa asiakasta ja potilasta pidetään synonyymeinä.

Potilaskeskeisyydessä nähdään asiakas kaiken toiminnan keskiössä, jota varten palvelut ja toiminnot ovat organisoitu. Potilaslähtöinen ajattelu mielletään keskeisyyden jatkumona, silloin toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Näiden kahden näkemyksen kriittisenä erona pidetään sitä, että asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas nähdään oman hyvinvoinnin asiantuntijana ja siten resurssina, jonka voimavaroja (ei pelkkiä tarpeita) voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisprosessissa, kun taas keskeisyydessä ollaan vielä organisaatiolähtöisessä ajattelussa ja potilas nähdään objektina. (Virtanen ym. 2011. 18–19; Pitkälä ym. 2005, 100). Käytän Virtasen ym. (kuvio 10) erottelua tässä tutkimuksessa. Kirjallisuudessa tosin käytetään näitä käsitteitä sekaisin, ja erityisesti lääketieteeseen on vakiintunut potilaskeskeisyys – käsite, jolla tarkoitetaan potilaslähtöisyyttä. (Pitkälä ym. 2005, 100–101).



Kuvio 10 Asiakeskeisen ja asiakaslähtöisen kehittämisen ero (Virtanen ym. 2011, 37)

Asiakaslähtöisyys ymmärryksen kehitystä voidaan kuvata eri sukupolvina. Ensimmäisessä sukupolvessa jokainen palvelu koostui itsenäisistä kokonaisuuksista, joita tarkastellaan sisäisistä lähtökohdista käsin, suljetun logiikan periaatteilla. Hierarkkisuudella pyrittiin varmis-

tamaan palveluiden tasapuolisuus asiantuntijoiden määrittäessä palveluiden sisällöt. Onnistumista mitattiin tehokkuuden kriteereillä. Toisessa polvessa palvelun rinnalle nostettiin tuote. Tämän kokonaisuuden tarkastelu ja kehittäminen ovat luoneet uusia palvelumalleja, joissa asiakas on nostettu keskiöön, kuten Sydänsairaalassa on tehty. Asiakkaan ongelmiin pyritään löytämään yksilöllisiä ratkaisuja moniammatillisinkin keinoin. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitettiin asiakkaan osallistumista rajallisiin ja annettuihin asioihin lähinnä konsultatiivisena vaikuttamisena ja osallistaminen tapahtuu vielä ylhäältä alaspäin – periaatteella. Kolmannen sukupolven palveluilla tarkoitetaan asiakkaan ja professionaalien palveluiden suunnittelun ja toteuttamisen yhteisvastuuta ja – työtä. Siinä toiminnan ohjauksen painopiste siirtyy alhaalta ylöspäin suuntautuvaksi. Se vaatii myös avointa ja vuorovaikutteista verkottunutta organisaatiota. Asiakaslähtöisen toiminnan vahvistaminen edellyttää vahvasti alhaalta ylöspäin etenevää, henkilöstöä motivoivaa muutosjohtamista. (Harisalo. 2013, 51–54). Samoin Kiikkala (2000, 116–120) tutkimuksessaan kuvasi asiakaslähtöisen palvelun lähtevän liikkeelle asiakkaan tarpeista. Se pitää sisällään hoidon, jossa asiakas nähdään aktiivisena vuorovaikuttajana ja yhdenvertaisena toimijana hoidon antajan kanssa.

Kirjallisuudessa asiakas-/ potilaslähtöisyyden tai – keskeisyyden katsotaan syntyvän, kun potilaan ja asiantuntijan vuorovaikutus ulottuu psykososiaaliselle viitekehykselle eli laajemmalle kuin vain tietyn sairauden hoidoksi. (esim. Mead & Bower. 2000; Lewin ym. 2001; Epstein ym. 2005; Langendoen. 2004). Siihen liittyy myös olennaisesti tasavertaisuus, kuinka valta ja vastuu ovat jaettu, voidaanko synnyttää yhteinen ymmärrys, joka edellyttää asiakkaan ottamista mukaan päätöksentekoon. (esim. Lewin ym. 2001; Immonen ym. 2002; Epstein ym. 2005; Langendoen 2004). Sen on myös todettu edistävän potilaiden terveyttä, kun sitä mitattiin uusintakäyntien tarpeella. (Stewart. 2000).

Kvist (2004) tutki väitöskirjassaan hoidon laatua potilaiden, henkilökunnan ja johtamisen näkökulmasta. Johtopäätöksissä hän toteaa, että potilaat kokivat vähäiseksi mahdollisuutensa osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja riittämättömän tiedonsaannin. Parannusehdotuksena Kvist esittää potilaiden tasavertaisempaa kohtaamista.

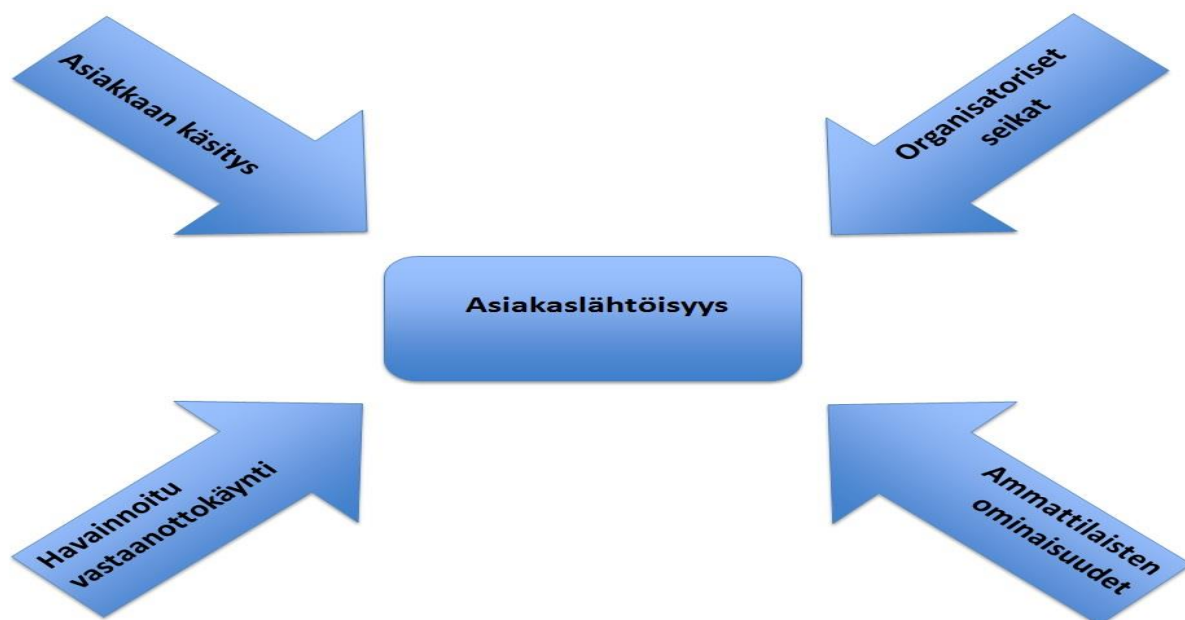
Liiketoiminnan perusta on kilpailukykyinen hinta-laatusuhde ja toimivat prosessit sekä niiden jatkuva kehittäminen. Näiden rakenteellisten ja toiminnallisten ratkaisujen lisäksi tarvi-

taan osaavaa ja sitoutunutta henkilöstöä. Se tarkoittaa ammattitaidon lisäksi asiakkuusosaamista eli kykyä tunnistaa, ottaa huomioon ja ymmärtää asiakkaan erityistarpeet. Mitä monimutkaisemmasta asiakaskokemuksesta on kyse, sitä parempaa osaamista ja ammattitaitoa asiakas tarvitsee. Kvistin (2004) tutkimuksessa henkilökunnan kokemuksen mukaan hoidon laatua parannettaisiin parhaiten ammattitaidon lisäämisellä, riittävällä henkilöstömitoituksella sekä kiireettömällä ilmapiirillä. Näin voidaan luoda asiakkaalle luottamusta organisaatiota kohtaan sekä lisäarvoa palvelulle. Grönroosin mukaan (2009, 25–29) pelkkä ammatillisen osaamisen kehittäminen ei riitä, vaan tarvitaan myös sosiaalisten taitojen hallintaa. Sen lisäksi asiakaskokemuksen hetkellinen ja kokemuksellinen luonne vaatii tunneälyn kehittämistä.

Sosiaalisen kanssakäymisen taitoina pidetään vuorovaikutustaitoja ja –herkkyyttä, kykyä ja halua tehdä asiat valmiiksi sekä yhdenmukaisen ja turvallisen toiminnan kautta syntyvää luottamusta. Näin saadut asiakashyödyt ovat melko vaikeasti todennettavissa, ne ovat pikemminkin itseilmaisullisia. Sosiaalisen kanssakäymisen hyödyt ovat myös tilannesidonnaisia, joka vaikeuttaa niiden standardointia ja mitattavuutta. (Grönroos. 2009. 25–29)

3.4.1 Asiakkuus terveydenhuollossa

Asiakaslähtöisyystutkimusta on tehty Pitkälän ym. (2005, 106–108) tekemän jaottelun mukaan neljästä eri näkökulmasta.



Kuvio 11 Asiakaslähtöisyyden tutkimusnäkökulmat (Pitkälä ym. 2005, 107)

Ammattilaisen ominaisuudet kuten persoona, arvot ja asenteet vaikuttavat siihen, missä määrin asiakkaat huomioidaan päätöksenteossa. Itsearviointikeinoin voidaan jossain määrin selvittää ammattilaisten asenteita, sekä vallan että vastuun rajoja hoitopäätöksiä tehtäessä. (esim. Mead ym. 2000). Ammattilaisen ja asiakkaan vastaanottokäyntejä havainnoimalla on pyritty ymmärtämään siellä tapahtuvaa sanallista ja sanatonta vuorovaikutusta sekä vallan jakautumista heidän välillään. (esim. Ruusuvuori. 2000; Ruusuvuori ym. 2001; Mead ym. 2000). Asiakkaan käsitys palvelun toimivuudesta muovautuu sen kyvystä vastata yksilölliseen tarpeeseen. (Virtanen ym. 2011, 11). Organisaation näkökulmasta voidaan asiakaslähtöisyyttä tutkia, miten palveluprosessit toimivat, tuottavatko ne arvoa asiakkaalle. (Pitkälä ym. 2005, 109; Virtanen ym. 2011,11). Tässä tutkimuksessa keskitytään tutkimaan, kuinka hyvin organisaation ammattilaiset ovat sisäistäneet asiakaslähtöisen ajattelun, ja miten organisaation rakenteet sitä tukevat.

Potilaan omahoidon parantamista pidetään keinona edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydestään, jolloin potilaan sitoutuminen hoitoonsa ja terveydenhuollon vaikuttavuus paranevat. (esim. Vertio. 2009 ja Mustajoki & Kunnamo. 2009). Perinteisellä hoitomyöntyvyydellä on tarkoitettu sitä, että potilas tekee mitä ammattilaiset neuvovat. Käsitteeseen on usein vielä liittynyt arvolataus, jolloin hoitonsa laiminlyöviä potilaita on pidetty vastuuttomasti ja irrationaalisesti käyttäytyvinä. (Pitkälä ym. 2005). Kuitenkin potilaiden hoitoon sitoutuminen on heikkoa, esim. WHO:n tutkimuksissa (2003) todettiin vain noin 50 % pitkäaikaissairaista ottaa lääkkeensä ohjeiden mukaisesti. HUS:ssa tehtiin tutkimus 2012, jossa sepelvaltimotaudin takia hoitoon tulleiden potilaiden lääkeostokäyttäytymistä selvitettiin Kelan tilastoista puolen vuoden ajalta. Siinä todettiin, että sydäninfarktipotilaista 20 %, angina pectoris -potilaista 25 % jättää lääkkeensä ostamatta ja pallolaajennuspotilaista lähes 40 % jättää ostamatta hyytymisenestoon tarkoitetut lääkkeensä. (Roine. 2014).

Hoitoon sitouttamisella on pyritty luomaan mielikuva, jossa potilas ajatellaan aktiiviseksi osallistujaksi. WHO:n projektissa (2003) hoitoon sitoutuminen määriteltiin sellaiseksi henkilön käyttäytymiseksi, jonka lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/ tai elämäntapojen muuttaminen, vastaa ammattilaisten kanssa yhdessä sovittuja ohjeita. Se nähdään ammattilaisen ja asiakkaan välisenä tasaveroisena vuorovaikutuksena. (kts. myös Kettunen & Gerlander. 2013, 299–303). Omahoidon tavoitteena on räätälöidä potilaalle yksilöllinen hoi-

tosuunnitelma, johon hän sitoutuu arkielämässään ammattilaisen roolin muuttuessa auktoriteetista, kumppanuuden kautta valmentajaksi. (Routasalo. 2009, 2351-9; Pitkälä ym. 2005, 101). Asiakslähtöisyyttä on tulkittu asiakas-ammattilaisvuorovaikutusnäkökulmasta auktoriteetti-/huolenpito-, kumppanuus- ja valmennus-/kuluttajasuhteeksi. Ne erottaa toisistaan asiakkaan tarve saada apua ammattilaiselta erilaisissa palvelu-, auttamis- tai hoitoprosesseissa. (Raitakari ym. 2012. 47–52; vrt. Järvikoski ym. 2009. 16–20).

3.4.1.1 Auktoriteetti- ja huolenpitosuhde

Asiakkuus terveydenhuollossa ei ole kovin yksinkertainen käsite. Perinteinen terveydenhuollossa käytetty auktoriteettisuhde on pohjautunut hyvään lääketieteelliseen hoitoon, jolloin ammattilaisilla on myös vastuu, velvollisuus ja valta sekä asiantuntemus, jonka avulla he voivat tehdä päätökset. Nykykäsityksen mukaan tällaisen suhteen katsotaan toimivan parhaiten akuuttihoitoajan aikana. Rannisto (2014, 36–39) on määritellyt asiakkaan roolia julkisissa palveluissa vallan näkökulmasta. Asiakkaalla ei ole aina valtaa päättää, mitä palvelua käyttää tai mitä se sisältää. Kun tuottaja dominoi palvelutuotantoa, kuten esim. ensiavussa, palvelu tuotetaan yleensä julkisen vallan toimesta, tällöin siihen liittyy normiperusta sekä viranomaisvastuu. Pakotetun asiakkuuden -ulottuvuudessa toimitaan pitkälti ammattilaisten ehdoilla, mutta on myös palveluja, jossa asiakas itse luo arvoa ja vaikuttavuutta itselleen. Oppivelvollisuus on yksi esimerkki, se määrää koulua käytäväksi 16-ikävuoteen asti, arvostelu- ja kurinpitovalta on opettajilla, mutta viimekädessä oppilas itse määrittää oppimisensa eli vallankäyttö on jaettu asiakkaan ja ammattilaisten välille.

Sosiaalitieteellisen luokittelun huolenpitosuhdetta voi verrata terveydenhuollon auktoriteettisuhteeseen. Siinä tulkinta asiakslähtöisyydestä pohjautuu ajatukseen vastuusta ja solidarisuudesta toista ihmistä kohtaan. Erityisesti niitä kohtaan, jotka syystä tai toisesta eivät selviä omillaan ja tarvitsevat apua arkisessa selviytymisessään. Huolenpidon etiikka pohjautuu vastuuseen itsestämme, mutta myös kanssakansalaistemme selviytymisestä ja hyvinvoinnista. Huolenpitosuhde nähdään myös jokaista kansalaista koskettavaksi ilmiöksi jossakin elämänvaiheessa. (Juhila. 2006. 151–200; Raitakari ym. 2012. 67–68).

Huolenpitosuhdetta pidetään riippuvuussuhteena, jossa asiakas tarvitsee ammattilaisen apua määrittäen objektiksi. Tämä riippuvuussuhde asettaa ammattilaiselle eettisiä velvoitteita esim. itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Ammattilaisen tehtävänä on tuen ja hoivan an-

taminen, vierellä kulkeminen ja heikommassa asemassa olevan puolustaminen. (Juhila. 2006. 166–175; Raitakari ym. 2012. 68).

3.4.1.2 Kuluttajasuhde

Kuluttajasuhteinen asiakkuus korostaa ihmisen yksilöllisyyttä, vapautta, vastuuta ja päätätävaltaa kuluttajina. Kansallisestikin meillä ollaan siirtämässä vastuuta omasta terveydestä entistä enemmän yksilölle itselleen, mutta se ei onnistu ellei yksilöillä ole siitä tarvittavaa tietoa ymmärrettävässä muodossa. Painopiste on tarkoitus kiinnittää jäljellä olevaan hyvinvointiin ja edellytyksiin pärjätä arjessa, joita terveydenhuolto voi tukea hoitamalla sairauksia. Potilaista on tullut kuluttajia, jotka hakevat itse tietoa, kyseenalaistavat ammattilaisten asemaa ja haluavat osallistua omien palvelu- ja hoitoprosessiensa suunnitteluun. (Virtanen ym. 2011, 20).

Newmanin & Vidlerin (2006) artikkeli osoittaa, että potilaan mahdollisuus valita, ottaa vastuuta ja voimaantuminen ovat tulleet kriittisiksi asioiksi myös terveydenhuollon kuluttajorientaatioissa. Enää käsitys perinteisestä potilaasta ei toimi, vaan häntä voi kuvailla harkittavaksi kuluttajaksi, asiantuntijaksi, vastuulliseksi terveyspalveluiden käyttäjäksi tai vaativaksi kuluttajaksi. Nämä käsitysten muutokset eivät palvele vain tasapainoa asiakkaan ja ammattilaisen välillä vaan myös vaikuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaan.

Kuluttajasuhteen muuttuminen individualismin suuntaan ilmentää kritiikkiä byrokraattista palvelujärjestelmää kohtaan. Kuluttajien asiantuntijuutta tiedon saatavuuden lisääntymisen myötä on lisännyt myös halua tehdä päätöksiä oman terveyden suhteen, kuten muillakin elämän osa-alueilla. Kuluttajuussuhteessa ammattilaisten yksinvaltiisuus kyseenalaistetaan ja pyritään nostamaan asiakas oman terveytensä asiantuntijaksi, joka tekee varsinaiset päätökset ammattilaisten antaman tiedon perusteella. Kuluttajasuhteen ideaalina pidetään kykyä kohdata asiakas yksilönä, joka ostaa ja valitsee itselleen sopivat palvelut. (Raitakari ym. 2012. 61–63).

Kuluttaja-ulottuvuudessa Rannisto (2014, 36–39) määrittää asiakkaan itsenäiseksi toimijaksi, jolla on riittävä tieto ja valta palvelun valitsemiseen itselleen parhaiten arvoa tuottavaksi. Yk-

sityistä kuluttajaa pyritään suojelemaan julkisen vallan keinoin asettamalla palvelun tuottajille vaatimuksia, jotka eroavat yritysten viranomaisvalvonnasta.

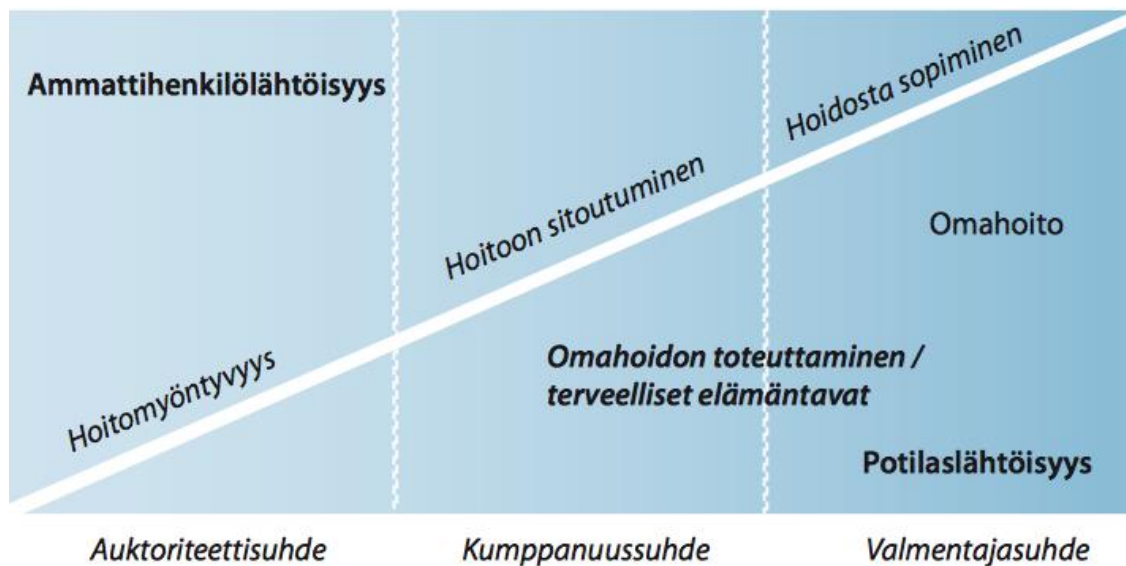
3.4.1.3 Kumppanuus-/ valmentajasuhde

Sekä terveydenhuollon että sosiaalityön malleissa kumppanuussuhteen asiakaslähtöisyys perustuu eri osapuolten keskinäiseen yhteistyöhön, johon voi kuulua eri alojen asiantuntijoita. Sitä voidaan kuvata tasavertaiseksi kohtaamiseksi asiakkaan ja palvelun tuottajan edustajien välillä. (Juhila. 2006, 136–149; Raitakari ym. 2012, 61–63; Virtanen ym. 2011, 18–20).

Kumppanuus voidaan ajatella yhdessä toimimiseksi, kun siinä hyödynnetään tasaveroisesti asiakkaan ja ammattilaisen osaamista. Vertikaalisessa asiantuntijuudessa on ajateltu ammattilaisen omaavan jotakin sellaista tietoa, jota asiakkaalla ei ole. Sen tiedon avulla, hänen on ajateltu kykenevän tekemään päätökset asiakkaan puolesta. Asiantuntijuuden rajat ovat hämärtyneissä, jolla tarkoitetaan, että kummallakaan osapuolella ei ole toisen ylittävää asiantuntijuutta. Horisontaalisuudella tarkoitetaan samalle tasolle asettumista, toinen toistensa kuuntelemista, vastavuoroisuutta. Yhdessä pyritään löytämään asiakkaalle paras mahdollinen ratkaisu. (Rannisto.2014, 36–39; Juhila. 2006. 84–85, 137–139; Raitakari ym. 2012.64; Virtanen ym. 2011; vrt. myös Peltomäki ym. 2002, 81–100).

Julkisen terveydenhuollon sairaaloissa toiminta painottuu pitkälti joko pakotettuun asiakkuuteen tai tuottajan dominanttiin asemaan normiperustan vuoksi. Potilaalla ei ole aitoa mahdollisuutta valita esim. hoitopaikkaansa. (Rannisto. 2014, 36–39). Mutta organisaation sisällä voidaan potilas nähdä enemmän itsenäisenä toimijana, kumppanina, joka pitäisi ottaa mukaan häntä koskevaan päätöksentekoon. Palvelun tarjoajana ovat ammattilaiset, joilla on perinteisesti ajateltu olevan tiedon ylivalta ja siksi myös päätäntävalta. Muutoksen tavoitteena on aidosti yhteinen päätöksenteko, joka edellyttää asiakkaan ja ammattilaisen symmetrisiä päätöksenteko-oikeuksia, jotta asiakas motivoituu hoitamaan itseään. (Juhila. 2006, 118–123; Raitakari ym. 2012, 63–65; Virtanen ym. 2011, 20). Ammattihenkilöiden asenne ja suhtautuminen potilaiden osallistamiseen on läsnä jokaisessa kohtaamisessa, eikä potilaiden osallistaminen ole itsestäänselvyys. Ihmisarvoinen ja turvallinen kohtaaminen (=mielenrauha) ovat asiakkaalle tärkeitä. (Kettunen & Gerlander. 2013, 300–301).

Pitkälä ym. (2005, 101) pitävät kumppanuutta vielä tiedollisesti epäsymmetrisenä tilana asiakkaan ja ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Siinä ammattilainen toimii asiantuntijana ja tiedon jakajana, ja päätökset tehdään yhdessä neuvotellen. Varsinaista tasavertaista suhdetta he kutsuvat valmentajasuhteeksi, jossa molemmat osapuolet asettuvat horisontaaliselle tasolle toisiinsa nähden. Sen lähtökohtana on potilas ja hänen elämäntilanteensa. Ammattihenkilö ja potilas räätälöivät yhdessä potilaan arvoille pohjautuvan hoidon. Tavoitteena on potilaan voimaantuminen ja hoidon sisäistäminen. (kts. myös Routasalo ym. 2009).



Kuvio 12 Ammattilaislähtöisestä auktoriteettisuhteesta asiakaslähtöiseen valmentajasuhteeseen (Routasalo ym. 2009, 2352)

Aution ym. (2012) tutkimus tarkasteli potilaskuluttajan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta, rooliaseman tasa-arvoistumista sekä keskinäisiä rooliodotuksia. He jakoivat potilaan ja lääkärin roolit neljään ulottuvuuteen, jossa heidän roolituksensa vaihtelevat. Jos potilas on sivu- ja lääkäri ohjaajan roolissa, on kyseessä perinteinen auktoriteettisuhde, jossa asiantuntijalla on selkeä auktoriteettiasema. Jos vastaavasti sekä potilas, että lääkäri ovat molemmat sivuroolisissa, eivät rooliodotukset kohtaa, jolloin kumpikaan ei ota vastuuta hoidosta. Kolmantena näkökulmana esitetään, että potilas on pääroolissa ja lääkäri sivuosassa, jolloin potilaasta tulee asiantuntija, vastuunkantaja ja "shoppailija", lääkärin toimiessa puhtaasti asiakaspalvelijana ja toiveiden toteuttajana. Neljäntenä roolitukseksi he esittävät potilaan asettumista pääosaan lääkärin toimiessa ohjaajan roolissa. Siinä potilas toimii asiantuntijana ja asiakkaana, lääkärin ollessa diagnoosin tekijä ja asiakaspalvelija. Tähän ulottuuteen sisältyy roolikonfliktin riski, jos odotukset eivät kohtaa.

Julkisissa palveluissa on siirrytty 2000-luvulla sosiaali- ja terveystieteiden linjauksien myötä kansalaisten omaa vastuuta, aktiivisuutta ja oman elämän hallintaa korostaviin palvelujärjestelmiin. Se korostaa kuluttajuutta, yksilölläisyyttä ja niille kehitettyjä markkinaperusteisia palveluita. Yksilölläinen kuluttajuus vaatii toteutuakseen työntekijöiltä asiakkaiden kuuntelua, aitoja vuorovaikutustilanteita sekä vahvaa ammattietiikkaa. (Kulmala. 2006; Raitakari. 2006).

Järvinen (2006) tutki väitöskirjassaan, miten asiakkaan ja työntekijän jaettu asiantuntijuussuhde kehittyi prosessissa. Tässä kriminaalihuollon kehittämistyössä merkittäviksi yhteistyösuhteen elementeiksi sekä muutoksen aikaansaajaksi nousivat luottamus, vastavuoroisuus, pysyvyys ja liittoutuminen. Vastaavasti Kokon (2003) väitöskirjassa kuntoutuksen onnistumisen edellytyksistä todettiin, että jos asiakkaiden kokema kohtaaminen on onnistunut, muutosprosessilla on käynnistymisedellytykset.

Ammattilaisen tavoitteena on voimaannuttaa asiakasta tekemään omaan terveyteensä vaikuttavat päätökset, tukemalla ja jakamalla tietoa, mutta asiakkaan lähtökohdista käsin. Se edellyttää vuorovaikutusorientaatiota, jotka Kaarina Mönkkönen on väitöskirjassaan (2002) jakanut kolmeen tasoon. Asiantuntijakeskeisyydessä ammattilainen määrittää ja hallitsee vuorovaikutusta. Asiakaskeskeisyydessä asiakas nähdään oman elämänsä parhaana asiantuntijana, hänen tarpeensa ovat keskiössä, mutta ammattilaisen rooli on lähinnä empaattinen. Dialogisella orientaatiolla vuorovaikutus tapahtuu molempien ehdoilla, se on vastavuoroista, jossa eriytyneisyydestä pyritään luomaan moniääninen tulkinta. Siinä siirrytään ongelmalähtöisestä toimintatavasta ratkaisukeskeiseen eli vahvuuksien vahvistamiseen.

Asiakaslähtöisyys terveydenhuollossa saa erilaisia muotoja riippuen asiakkaan toimintakyvystä sekä asiakas-ammattilaisen vuorovaikutuksen tavoitteista. Kohtaaminen voi tapahtua monella eri tasolla, kuluttaja-yhteistyötasolta huolenpitoapua tarvitsevaan, saman hoitojakson aikana. Hyvä palvelujärjestelmä huomioi ja antaa tilaa soveltaa asiakaslähtöisyyden eri tapoja tilannekohtaisesti. (Raitakari ym. 2012. 73–75). Se vaatii asiantuntijoiden poisoppimista perinteisestä ammattilais-organisaatiolähtöisistä toimintatavoista, jossa helposti neuvotaan tai holhotaan asiakasta. Toisaalta tarvitaan myös asiakkaan oppimisprosessia, joka parantaa hänen kykyään osallistua omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon. (Poikela. 2010).

3.5 Oppiva organisaatio

Peter Sengen (1990, 139–269) oppiva organisaatio pohjautuu systeemiajattelulle, itsensä jatkuvalla kehittämiselle, yhteiselle visiolle ja tiimiytymiselle. Työn organisoiminen edellyttää joustavaa, asiakaslähtöistä toimintaa, yhteistyön ja toimintatapojen jatkuvaa kehittämistä ja arvioimista eli yhdessä oppimista. Sengen oppiva organisaatio pohjautuu ajatukselle, että oppiminen on jatkuvaa ja siihen on sitoutunut koko organisaatio. Siinä muutos lähtee liikkeelle arjen toimijoiden tasolta sekä heidän luomasta yhteisestä muutoksen merkityksestä.

Oppivan organisaation peruspilareina voidaan pitää yhteisiä tavoitteita, toisilta oppimista sekä positiivista yhteisöllisyyttä. Siinä hyödynnetään sekä yksilöiden että ryhmien oppimiskykyä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Oppiminen edellyttää kannustavan ilmapiirin luomista sekä aktiivisen keskustelukulttuurin ja vuorovaikutuksen luomista. Oppivassa organisaatiossa on paljon yhteisymmärrystä ja dialogia, jotka kehittävät jatkuvasti toimintaa ja innovaatioita. (Kaivola & Launila. 2007; Moilanen. 2001).

Virtanen (2005) on määritellyt oppivan organisaation kriteereiksi yhteisesti jaetun käsityksen organisaation tavoitteista, kehittämiskeinoista, olemassaolosta ja suoriutuskyvystä, joita arvioidaan jatkuvasti. Organisaatioon pitäisi kyetä luomaan kulttuuri, jossa virheet hyödynnetään oppimisena. Kehittäminen on oppimista. Tämän päivän työyhteisöiltä odotetaan yhteisten toimintamallien luomista ja kehittämistä, yksilöiden osaamisen yhdistämistä uudella tavalla.

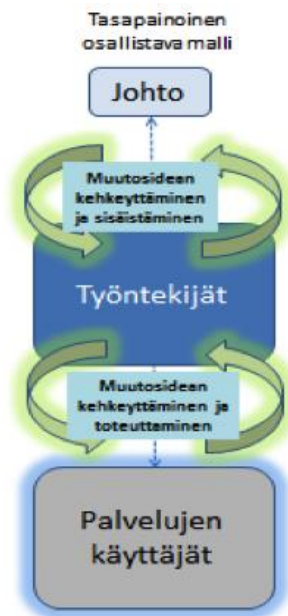
Monimutkaiset ongelmat vaativat moninäkökulmaista dialogia ratkaisukseen. (Senge. 1990). Kuitenkin työyhteisöjen arkikeskustelut rakentuvat pitkälti puolustelulle, hierarkkisuuden voittamiselle tai vaikenemiselle ja yhdessä oppiminen/ ajattelu vaatisi taitoja, jossa rakennetaan perusteltuja näkökulmia. (Isaacs. 2001, 20). Dialogilla tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen, se ei tarkoita vain toisiinsa sulautumista. Se vaatii symmetristä osallistumista, joka mahdollistuu kun vuorovaikutussuhde koetaan tasavertaisena. (Mönkkönen, 2002, 56–57; kts. myös Syvänen. 2014. 209).

Organisaation menestymisen edellytyksenä pidetään Juutin & Luoman (2014. 76–77) tutkimuksessa oikeudenmukaisen johtamisen sekä sosiaalisen pääoman kasvattamista. Lisäksi henkilöstöryhmien vuorovaikutuksen tiivistämisen todettiin lähentävän eri ammattiryhmien näkemystä asiakaslähtöisemmän toiminnan kehittämistä.

Oppivan organisaation yhtenä edellytyksenä pidetään käyttäytymisen muutosta, joka tapahtuu uuden informaation prosessoinnin myötä. (Vuori. 2007, 219). Osaamisen johtamisella pyritään ylläpitämään ja kehittämään organisaation toiminta- ja kilpailukykyä suunnitelmallisesti eli strategisesti (Viitala. 2006, 14). Strategiatyötä voidaan kuvata uusien näkökulmien aktiivisena etsimisellä, jossa onnistumisen ja epäonnistumisen raja on hiuksenhieno. Siksi toiminnan jatkuva arvioiminen ja kehittäminen ovat tärkeitä läpi koko organisaation.

Organisaatioiden ajatellaan nykykäsityksen mukaan olevan jatkuvassa muutoksessa, epätasapainossa sekä vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Organisaatiolla on tarve pyrkiä tasapainoon valitsemalla ympäristöstä tulevista signaaleista sitä parhaiten palvelevat. Organisaation muutos on perinteisesti ajateltu olevan määräaikainen projekti, jonka tuloksena siitä on muodostunut vakiintunutta toimintaa. Nykyisen työelämän muutokset ovat enenevässä määrin itsestään nousevia, nopeita, suunnittelemattomia reaktioita ympäristön muutoksiin. Kyse onkin jatkuvasta muutoksen suunnan tunnistamisesta, organisaation kyvystä sopeutua, oppia ja muuttaa kulttuuriaan. (Stähle. 2004, 3-10; Sydänmaanlakka. 2007. 23–29; Virtanen. 2005).

Muutosprosessin liikkeelle panevana voimana toimii ylin johto, esimiesten toimiessa avainasemassa muutosten läpiviennissä. Muutoksen onnistumiselle on olennaisen tärkeää, että työntekijät tietävät ja ymmärtävät muutoksen merkityksen, ja heillä on mahdollisuus vaikuttaa sen toteutumiseen. Se edellyttää luottamusta sekä kahdensuuntaista vuorovaikutusta. (Virtanen ym. 2011). Tämän päivän organisaatiot nähdään avoimina, kompleksisina systeemeinä, jotka ovat ympäristönsä kanssa jatkuvassa vuorovaikutuksessa sekä riippuvuussuhteissa. Niiltä edellytetään kykyä tunnistaa ympäristössä tapahtuvia muutoksia ja niihin vastaamista. Kolmannen polven organisaation ajatellaan olevan aktiivinen toimija, jolla on kykyä muuttaa toimintatapaansa ympäristöstä tulevien signaalien avulla. Kompleksisessa ympäristössä muutoksen ohjaaminen edellyttää muutostarpeen tunnistamista ja monensuuntaista vuorovaikutusta jokaisella toimintatasolla. (Morgan. 1997. 89–118).



Kuvio 13 Muutosprosessi älykkäässä julkisessa organisaatiossa (Virtanen ym. 2011).

Muutos ja oppiminen ovat sidoksissa toisiinsa vuorovaikutteisesti. Nykyiset osaamiset muuttuvat riittämättömiksi jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä, ja toisaalla kehittyvä osaaminen muuttaa käsityksiämme ja toimintatapojamme osin ennakoimattomasti. Organisaatiomuutos on prosessi, jossa muutokset heijastuvat epälineaarisesti sisäisiin ajattelutapoihin, toimintamalleihin ja tehtäväkokonaisuuksiin sekä niissä toimivien ihmisten työnkuviin. Se vaikuttaa oppimisprosessien hallittavuuteen monitasoisuuden ja jatkuvuuden ja hallittavuuden kautta. (Viitala. 2002, 13).

Luhmannin (1995, 172–174) systeemiteoreettisen näkökulman mukaan organisaation itseuudistumiskyky on kolmen kriteerin summa. Ensimmäisenä on kaksoisriippuvuus: sosiaaliset suhteet pitää olla tasaveroisia, niiden riippuvuussuhde toisistaan pitää olla tunnustettu, ja ne pohjautuvat molemminpuoliseen luottamukseen. Toisena kriteerinä on vuorovaikutuksen toimivuus ja laatu. Mikäli sen avulla kyetään tuottamaan uusia kollektiivisiä merkityksiä, täyttyy kolmas kriteeri. Tällöin systeemi on kykenevä tuottamaan jatkuvasti uusia merkityksiä. Luhmannin perusajatus kiinnittyy nimenomaan vuorovaikutuksen laatuun systeemissä, joka määrittää sen uusiutumisen mahdollisuudet. Tätä näkemystä tukee myös Janhosen (2010. 65–83) tutkimustulos sosialisatioprosessista, jossa yksilö omaksuu ryhmän arvot, käytännöt

ja toimintatavat. Sosiaalisen tiedon käsittelyn näkökulma pitää niin ikään vuorovaikutusta välttämättömänä ehtona tiimin kyvylle saada työt tehdyksi. (Janhonen. 2010, 76).

Erityishuomiota pitäisi kiinnittää organisaatioiden erilaisiin rajapintoihin ja niiden toimivuuteen, miten niissä osaamista kehitetään ja vuorovaikutus toimii. Organisaatioiden toiminnan monimutkaistuminen erilaisten asiantuntijoiden yhteistyöksi pakottaa ryhmäoppimiseen. Kun tiedon määrä kasvaa lisääntyvät myös ratkaisuvaihtoehdot, näiden pohtiminen yhdessä asiantuntijatiimeissä luo mahdollisuuden syvällisempään ymmärrykseen. Monialaisten ja innovatiivisten tiimien vuorovaikutuksen määrän on osoitettu korreloivan yrityksen suori-tuskykyyn ja tuloksiin. Kommunikointi vaikuttaa informaation jakamiseen, ryhmän kykyyn oppia ja yhteenkuuluvuuteen. (Viitala. 2006. 166–167). Organisaatioiden haasteena ei niinkään ole tiedon prosessoinnin ongelma, vaan mitä tietoa on prosessoitu ja mitä merkityksiä sille on annettu työn tavoitteita ohjaavana tekijänä. (Vuori. 2007, 220).

3.5.1 Rajapinnat

Moniammatillisuus ja rajojen ylittäminen edellyttävät muutakin kuin toiminnan organisoimis-ta tiimeiksi. Asiantuntijayhteisöissä tulisikin kiinnittää huomiota organisaation rakenteisiin, jotka ehkäisevät rajojen ylityksiä tukevia toimintamalleja. (Kontio. 2010, 11). Useimmat ter-veydenhuollon palvelut ovat rakennettu itsenäisesti toimiviksi palveluiksi, ei asiakaslähtöi-siksi prosesseiksi. Se vaikeuttaa kokonaisuuden hallintaa, kun kukin yksikkö kantaa huolta lähinnä omasta toiminnastaan ja tuloksestaan. Organisaatiorakenteen muuttaminen asiakas-lähtöiseksi prosessiksi ei vielä riitä, vaan lisäksi tarvitaan sekä organisaation ulkoisilla että sisäisillä rajapinnoilla moniammatillista yhteistyötä. (Kankare & Virjonen. 2014, 8-9; Seppä-nen ym. 2014.136; kts. myös Koivuniemi. ym. 2011, 38–50; Koivuniemi ym. 2014. 128–130).

Rajanylittäminen ja oppiminen toteutuvat yhteistyön osapuolten dialogissa. Rajanylitykset organisoituvat alati vaihtuvissa sosiaalisissa vuorovaikutuksissa. Niiden ratkaiseminen on jännitteistä ja ristiriitaista, tarvitaankin kykyä tehdä kompromisseja sekä välineitä ristiriito-jen ratkomiseksi. (Toiviainen. 2007, 237–238).

Kankareen & Virjosen (2014, 8-9) palvelurakenteiden kehittämishankkeessa oli tavoitteena parantaa asiakkaan palvelukokonaisuuden laatua terveydenhuollossa. Palvelujatkumossa to-dettiin notkahduksia asiakkaan tiedonsiirroissa siirtymävaiheissa eli rajapinnoissa. Näitä kat-

koksia syntyi sisäisesti, jos työn päämäärä oli hämärtynyt tai työyhteisössä kohtaamiset olivat vaikeita syystä tai toisesta. Tiedon kulun katkokset aiheuttivat ongelmia ammattiryhmien/ tiimien sisällä ja välillä asiakkaan palvelujatkumossa. Profioidien välisiä rajapintoja syntyi, kun heidän välillä ei ollut riittävää luottamusta esim. tehtävänkuvia arvioitaessa. Ulkoisten rajapintojen ongelmat syntyivät kun operationaalisen tason säännöllinen vuoropuhelu puuttui, mutta myös perinteisestä funktionaalista/ segmentoituneesta ajattelutavasta johtuen, jonka poistaminen edellyttäisi uudenlaista johtamista. Poliittinen tietämättömyys ja vuoropuhelun puute eri toiminta- ja hallintotasojen välillä aiheuttivat niin ikään katkoksia asiakkaan palvelukokonaisuuteen.

Moniammatillinen yhteistyö ohjaa professiot jatkuvaan neuvotteluun toistensa kanssa oman työn valtuutuksista, rajoista ja sisältöalueista. Rajatyössä tai rajajsteemissä on nähtävissä sekä ammatilaisen että asiakkaan systeemi, kun nämä molemmat systeemit kohtaavat, mahdollistuu neuvottelu toimimistavoista. (Pärnä. 2012, 40–41).

Yhteistyössä useimmiten jaetaan tehtäviä vertikaalisesti ja yksilöllistetään tavoitteet. Kollaboratiivisella eli yhteisöllisellä oppimisella tarkoitetaan oppimisprosessia, jossa sosiaalisen vuorovaikutuksen keinoin rakennetaan aiheesta keskinäinen ymmärrys vastavuoroisesti. Ryhmällä on yhteinen päämäärä, johon rakennetaan ratkaisua yhteisiä merkityksiä ja toimintaa rakentamalla. Tällöin tuotos voi olla ainutlaatuinen ja ylittää yksilöiden kyvyt. (Dillenbourg ym. 1996, 186–211; Leinonen ym. 2006).

3.5.2 Oppivan organisaation johtaminen

Virtanen ym. (2011. 30–34) määrittävät monimutkaisen ympäristön johtamisen liittyvän jatkuvaan muutokseen ja siihen sopeutumiseen eli yhteisen todellisuuden rakentamiseen. Siihen vaikuttavat organisaatiokulttuuri, tieto ja innovaatiot. Johtamisella nähdään olevan kompleksissa ja yllättävissä olosuhteissa merkittävä uudenlainen rooli. Sen on taivuttava jatkuvaan muutokseen, sen on kyettävä luomaan jatkuvaa vuorovaikutusta ja mahdollisuuksia uudelleen organisoitumiseen. Isaacs (2001) määrittää dialogisuuden yhdessä ajattelemisen taidoksi. Siinä keskeisenä elementtinä on yhteinen arvonnanto organisaation jäsenten välillä ja sen tavoitteena on sitouttaa henkilökunta yhteiseen päämäärään. Johtamisen yksi tärkeimmistä

tehtävistä on rakentaa organisaatiokulttuuria, jossa yhteisöllisyys mahdollistuu. (Seppänen. 2005, 187; Kaivola. 2007).

Aikaisemmin organisaation oppiminen on perustunut yksilökeskeiselle oppimiselle ja sen hyödynnettävyydelle. Uudemmissa tutkimuksissa näyttääkin muodostuvan ongelmaksi organisaatioiden kyvyttömyys yhdistää yksilön kognitiivinen prosessi yhteisön omaisuudeksi. (Vähämäki. 2008, 20–23, Isoherranen. 2012).

Viitala (2006, 165–166) näkeekin, että organisaation nykyjohdolta odotetaan kykyä rakentaa siltä strategiassa määritellyn erityisosaaminen ja yksittäisten osaajien henkilökohtaiseen motivaatioon ja hyvinvoinnin välille. Sillan syntyminen mahdollistuu, kun sen rakenteet, järjestelmät ja toimintamallit tukevat sekä mahdollistavat osaamisen kehittymisen ja hyödyntämisen yrityksen prosesseissa. Mahdollistavien rakenteiden lisäksi tarvitaan organisaatioon sosiaalisia prosesseja, joiden avulla tietoa voidaan jakaa ja luoda uusia merkityksiä. Erityisesti julkisen hallinnon tutkimuksessa on tullut esiin arvojen merkitys muutosprosessin onnistumiselle. (Virtanen ym. 2014. 87; vrt. myös Seppänen. 2005, 185–186).

Hyrkäsen (2009, 90–93) tekemän kirjallisuuskatsauksen perusteella osaamisen johtamisessa on havaittavissa myös sosiaalinen käsitys tiedosta. Tieto ei ole enää pelkkä kilpailuetua tuottava resurssi, vaan tietoa ja osaamista pitää vuorovaikutuksen avulla hyödyntää uudeksi toiminnaksi, innovaatioiksi. Toimintaympäristön muuttuminen mekaanisesta kompleksiseksi, dynaamiseksi ja innovatiiviseksi muuttavat myös johtamisen tarvetta. Hyrkäs määrittelee väitöskirjassaan osaamisen johtamisen toiminnaksi, jolla kehitetään sekä yksilöiden että organisaation osaamista, mutta myös organisaation yhteistyövalmiutta. (kts. myös Virtanen ym. 2014. 85–86).

Perttu Salovaara väitöskirjassaan (2011, 219–222) kiteyttää johtamisesta seuraavasti: johtamien on muuttunut yksilökeskeisestä johtamistavasta jaettuun johtajuuteen. Ei yrityksen menestys perustu yhteen ihmiseen, vaan hänen pitää saada tiimi toimimaan yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, siksi johtajuus pitäisikin nähdä enemmän heikkona kuin vahvana.

3.6 Sosiaalinen pääoma

Sosiaalinen pääoma on käsitteenä monitahoinen, eikä sille vielä ole olemassa yhtä kaikkien hyväksymää määritelmää. Se viittaa sosiaalisiin verkostoihin, normeihin ja luottamukseen eli sosiaalisen rakenteen yhteisöllisiin piirteisiin, jotka edistävät henkilöiden välistä vuorovaikutusta ja toimintojen koordinoitua. Ne vahvistavat henkilöstön sitoutumista sekä yhteiseen kulttuuriin että tavoitteisiin. Ne tukevat organisaation sisäistä vuorovaikutusta yli yksikkörajojen. Sosiaalinen pääoma sisältää lukuisia organisaation toimivuuteen, tuloksellisuuteen sekä kilpailukykyyn ja – etuun liittyviä tekijöitä. Sen ilmenemismuotoina voi pitää henkilöstön motivaatiota ja sitoutumista, sekä työntekijöiden keskinäinen luottamusta ja erimuotoista yhteistyötä. Sosiaalisen pääoman avulla tuetaan yksilöiden ja yhteisöjen oppimista vuorovaikutuksen keinoin. (Seppänen. 2005, 183–184, 192–193; Korhonen. 2005; Ruuskanen. 2001; Kultanen. 2009; kts. myös Lehtonen 2000).

Luottamus ihmisten välille syntyy, kun puheiden ja tekojen välinen suhde on tasapainossa. Erityisesti se korostuu esimiehen toiminnassa, koska hän rakentaa työntekijöiden luottamusta itseään kohtaan, siten myös koko yritystä kohtaan. Luottamus synnyttää yhteistoimintaa, josta syntyy itseään ruokkiva systeemi ja voimavara. Luottamuksen ilmapiirissä on helpompi kommunikoida ja koordinoita toimintaa. Vastavuoroisuuden lisääntyminen edistää luottamusta, ja se edellyttää molemminpuolista sitoutumista. Yhteistyö ja kumppanuus perustuvat vastavuoroisuudelle ja sitä edistämään voidaan kehittää yhteinen normisto. (Seppänen. 2005, 190–192, vrt. myös Senge. 1999; Laine. 2008; Paasivaara & Nikkilä. 2010).

Ruuskanen (2001) on kiteyttänyt sosiaalisen pääoman komponentit luottamukseksi ja kommunikaatioksi. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa luotettavuus voi syntyä toisen osapuolen toiminnan muuttuessa ennustettavaksi. Toinen vaihtoehto on, että osapuolten välille muodostuu yhteinen identiteetti tai etu. Kolmantena luottamuksen syntymekanismina voidaan pitää vuorovaikutuksen synnyttämää valistunutta rationaalisuutta, jolloin oman edun lyhytnäköiset tavoitteet jäävät pitkän tähtäimen alle. Kommunikaation avulla välitetään sekä formaalista että informaalista tietoa. Näiden yhdistelmä tuottaa sosiaalista sopimista tukevan toimintaympäristön, joka tehostaa toimintaa.

Koivumäen (2008) väitöskirja osoitti, että työyhteisön sosiaalista pääomaa ovat luottamus ja yhteisöllisyys, koska ne ennen kaikkea saavat arjen sujumaan. Niiden puuttuminen lamaan-

nuttaa yhteistyön. Sosiaalinen pääoma lisää sitoutumista organisaatioon ja stressioireiden kokeminen vähenee. Terveysten edistämistä todettiin myös Oksasen (2009) väitöskirjassa saavutettavan sosiaalisella pääomalla, joka ilmenee ryhmään kuulumisen tunteena, luottamuksena, vastavuoroisuutena ja henkilöstön toimintana yhteiseksi hyväksi.

Manka & Hakala (2011) määrittelee sosiaalisen pääoman yhteisöön sitoutuneeksi pääomaksi. Vertikaalisena ulottuvuutena se jakaantuu työntekijöiden ja esimiesten väliseen luottamukseen, vastavuoroisuuteen ja yhteistyötä edistävien normien ja arvojen jakamiseen. Horisontaalinen sosiaalinen pääoma syntyy keskinäisestä auttamisesta, yhdessä ideoimisesta ja ratkaisujen etsimisestä. Sitä voidaan mitata sosiaalisen pääoman mittarilla.

Sosiaalista oppimista tapahtuu, kun oppiva organisaatio pyrkii ymmärtämään prosessien mekanismeja ja luonnetta. Tieto syntyy ihmisten välisessä kanssakäymisessä tekemisenä ja toimintana. Oppimista ei nähdä yksilön toimintana vaan sitä syntyy, kun ihmiset luovat neuvotteluissa yhteisiä merkityksiä toiminnalleen, siihen osallistuu koko työyhteisö. Oppimisen edellytyksenä pidetään aktiivista vuorovaikutusta, joka luo innostuneisuutta kehittämiseen. Lisäksi organisaatioon tarvitaan salliva ilmapiiri, joka edellyttää tasa-arvoisuutta, luottamusta, avoimuutta, kokeilemistä, epäonnistumisia, huumoria ja rakentavaa väittelyä. (Paasivaara & Nikkilä. 2010).

Kun organisaation oppiminen ymmärretään työntekijöiden, tiimien ja yksiköiden väliseksi toiminnaksi törmätään organisaation sisäisiin valtasuhteisiin. Näitä kilpailevia näkemyksiä voidaan ratkaista avoimen keskustelukulttuurin luomisella, joka sallii organisaation moraali-perustakritiikin. (Vähämäki. 2008, 20–23)

Oppivista ryhmistä voidaan käyttää käsitettä käytäntöyhteisö (community of practise, Wenger. 1998). Niissä oppimista sekä tiedon ja kokemuksen jakamista tapahtuu sekä kuulumalla yhteisöön että osallistumalla sen toimintaan. Ne ovat kehittäneet itselleen yhteiset kulttuuriset arvot ja normit, ja vuorovaikutuksessa toistensa kanssa he rakentavat osaamistaan ja asiantuntijuuttaan.

Käytäntöyhteisöt koostuvat yhteisestä projektista/ tavoitteesta (joint enterprise), sitoutumisesta/ vastavuoroisesta toiminnasta (mutual engagement) ja jaetuista välineistöstä/ käsitteis-

töstä (shared repertoire). Niillä on sekä tiedollisia että taidollisia tavoitteita, jotka motivoivat yhteistoimintaan. Osallistuminen yhteisön toimintaan syvenee yksilön oman asiantuntijuuden kasvaessa. Tarve toiminnan muutokseen tulee usein ulkopuolelta tai rajapinnoilta. Toimintatapojen muuttamista Wenger kutsuu esineellistämisprosessiksi, jossa ajatus konkretisoidaan kommunikoitavaan muotoon sekä räätälöidään oman yhteisön toimintatavaksi. Oppimisella on vahva kontekstuaalinen luonne. (Wenger, 1998. 72–80)

Ongelmat voidaan jakaa avoimiin ja suljettuihin ongelmiin. Suljetuille ongelmille on tyypillisesti olemassa selkeä yksi ratkaisu. Avoimien ongelmien ratkaisussa tarvitaan usein rajanylytyksiä oman käytäntöyhteisön ulkopuolelle uuden innovatiivisen toimintatavan löytämiseksi. Reuna-alueiden heikkojen sidosten avulla käytäntöyhteisö saa tietoa ja kokemuksia, joiden avulla toimintaa voidaan muuttaa. Avoimien ongelmien ratkaiseminen on ennakoimatonta ja vaikeasti hallittavaa, ja joskus uuden ratkaisun löytyminen edellyttää perinteisten rajojen ylittämistä. Rajojen ylitys on sekä emotionaalisesti että älyllisesti vaativaa, koska pitää uskaltaa poiketa ennalta valitusta strategiasta. Käytäntöyhteisöltä vaaditaan vahvaa keskinäistä luottamusta, sitoumusta, jotta ulkoa tuleva toiminnan muutostarve toteutuu. Käytäntöyhteisöt ovat pohjimmiltaan infomaaleja ja itseohjautuvia, mutta johtamisen avulla voidaan tukea yhteisöjen muodostumista ja ylläpitoa. (Wenger. 1998; Hakkarainen. 2000. 84–98; vrt. myös Korhonen. 2005, 205–206; Rajakaltio. 2005, 144; Harisalo. 2011, 36, 46–49).

Jaetussa tai hajautetussa asiantuntijuuden tutkimuksissa on todettu, että vuorovaikutus pakottaa pohtimaan ratkaisuehdotuksia syvällisemmin sekä useammasta näkökulmasta. Toiminnan onnistuminen vaatii osaamisen lisäksi myös taitoa työskennellä moniammatillisessa ryhmässä. Parhaimmillaan sosiaalisesti jaetusta kognitiosta syntyy suurempi summa kuin yksilöiden yhteenlaskettu. Tietoyhteiskunnassa ihmisen älykästä toimintaa ei voi enää mieltää yksilölliseksi prosessiksi, vaan se on toisten osaamisen täydentämistä. Organisaatioiden avainkysymykseksi on muovautumassa, kuinka tieto muunnetaan koko organisaation omaisuudeksi. Työelämän oppiminen tapahtuu eri asiantuntijoiden välisessä vuorovaikutuksessa. (Hakkarainen ym. 2000. 143–164; Leinonen ym. 2006, 140–144).

3.6.1 Yhteistyö terveydenhuollossa

Jatkuvasti muuttuva ympäristö vaatii jatkuvaa toiminnan kehittämistä pysyäkseen kannattavana ja kilpailukykyisenä. Terveyspalveluiden tuottamiseen tarvitaan korkean teknologian lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja sekä kykyä potilaan kohtaamiseen. Useimmat sairaalaorganisaatiot koostuvat lukuisista eri alojen asiantuntijoista, jotka toimivat pilkottuina eri toimialueilla ja hierarkiatasoilla. Heidän osaamisensa yhdistäminen moniammatillisesti vaatisi myös organisaation rakenteiden muuttamista. Työyhteisöjen uudistamisen ja kehittämisen perustana pidetään oppivaa organisaatiota. Sen keskeisenä edellytyksenä on organisaation kyky tulkita toimintaympäristön muutoksia ja vastata niihin. Kehittämistarpeeseen voidaan vastata yhteisöjen osaamista yhdistelemällä ja laajentamalla sekä uudistamalla rakenteita uusien innovaatioiden käyttöönottamiseksi. Johtamisessa korostuu ihmisten ja tiedon johtaminen. (Miettinen. 2007, 260–274; Rannisto ym. 2014. 124–125).

Isoherrasen (2012, 5) väitöskirjassa todettiin, että moniammatillisuuden toimiessa tiimeissä, niissä oli nähtävissä asiantuntijoiden keskinäistä tukea ja luottamusta. Niissä haluttiin työskennellä, koska niissä kehittyi sosiaalista pääomaa, joka auttoi työssä jaksamisessa.

Moniammatillisen yhteistyön kehittyminen edellyttää työyhteisön muuttumista asiantuntijoiden autonomiaan ja riippumattomuuteen perustuvasta organisaatiosta kollegiaaliseksi ja jossa vallitsee positiivinen riippuvuussuhde sekä yhteistoiminta. (Rajakaltio. 2005, 141). Moniammatillisuus tuo esiin eri tiedon ja osaamisen näkökulmia, joista pitäisi rakentaa yhteinen todellisuus. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä on kyky luoda mahdollisimman kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan tilanteesta. Vanhojen työyhteisöjen rakenteet ovat huonosti mahdollistaneet asiakaslähtöisen yhteistyön. Asiantuntijat ovat tehneet työtä rinnakkain, kukin omassa siilossaan, heillä ei välttämättä ole ollut yhteistä käsitystä hoidon tavoitteista lääketieteen keskittyessä paranemista edistäville interventioille ja hoitotieteen hoitamiselle. (Collin ym. 2010, 44; Engeström. 2004, 44–63). Se on vaikeuttanut yhteisen kielen löytämistä tiedon kokoamiseksi vaatien osallistujilta vuorovaikutustaitojen kehittämisen lisäksi sekä organisatorisia että verkostoiden rakenteellisia uudistuksia. Onnistuakseen se vaatii myös asiantuntijoiden roolien uudelleen määrittelyä. (Isoherranen. 2008, 33–34; kts. myös Koivuniemi ym. 2011, 42–45; Koivuniemi ym. 2014. 64–74; Collin ym. 2010; Engeström. 2004, 44–63).

D'Amourin ym. (2005, 118–119) meta-analyysin perusteella terveysalan yhteistyö perustui tiedon, arvojen, vastuun sekä päätöksenteon jakamiselle. Yhteistyö vaati kumppanuutta, joka sisälsi avointa vuorovaikutusta, keskinäistä luottamusta ja yhteisiä tavoitteita. Keskinäinen riippuvuus syntyy, kun ymmärretään ja tiedostetaan yhteistyön merkitys potilaan parhaaksi. Valta perustui tietoon ja osaamiseen nimikkeiden sijasta.

Laura Petrin (2010) analyysi oli yhteneväinen D'Amourin ym. (2005) tekemän yhteistyömäärittelyn kanssa. Sen perusteella voidaan todeta moniammatillisen vuorovaikutuksen olevan ongelmakeskeinen, tieteenalojen välinen ja potilaslähtöinen vuorovaikutusprosessi. Se nähtiin eri muodoissa tapahtuvana yhdessä työskentelynä, jossa on jaettuna vastuu päätöksenteosta ja vallasta. Positiivista hyötyä moniammatillisesta yhteistyöstä nähtiin saatavan mm. hoidon laadun paranemisena, potilastyytyväisyytenä, lyhentyneinä sairaalajaksoina, vähentyneinä uusintakäynteinä, henkilökunnan työtyytyväisyytenä sekä innostuneisuutena.

Isoherranen tutki väitöskirjassaan (2012, 154–156) moniammatillisen yhteistyön kehittämissaasteista sairaalaorganisaatiossa. Sen mukaan keskeisiksi haasteiksi osoittautuvat sovitusti joustavat roolit, kun vakiintuneita toimintatapoja ei vielä ole syntynyt, saattaa roolien revii-reihin liittyä sekaannusta sekä valtataistelua. Toisaalta roolien vaihtuminen kontekstuaalisesti vaati jatkuvaa vuoropuhelua ja sopimista roolirajoista. Toisena haasteena oli vastuukysymysten määrittely, johon omat rajoitteensa antaa jo terveydenhuoltoon koskeva lainsäädäntö. Parhaiten yhteistyö sujui, kun ryhmän jäsenillä on keskinäinen luottamus toisiinsa ja vastuu ymmärrettiin yhteisenä, tällöin ei näyttänyt syntyvän vastuu- eikä rooliristiriitajakaa. Yhteisen tiedon luomisen käytäntöihin tarvitaan välineitä sekä tiimityön että vuorovaikutustaitojen oppimista. Moniammatillisuuden ydin syntyy, kun kaikkien asiantuntijoiden tieto kootaan yhteiseksi näkemykseksi. Se edellytti toisten ammattilaisen osaamisen tuntemista sekä vapaa-dialogia, jossa ei vain vaihdeta tietoa vaan prosessoidaan sitä yhdessä. Yhteisen näkemyksen syntyminen edellyttää myös yhteistä vastuunottoa ja halukkuutta olla samanaikaisesti sekä oppija että asiantuntija, mutta myös kykyä muuttaa roolitustaan tiimin sisällä asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

Organisaation rakenne vaikeutti myös potilaslähtöistä työskentelyä. Tarvitaan monensuuntaista palautejärjestelmää ja jatkuvaa vuoropuhelua, jotka toimivat eri organisaatiotasojen välillä. Organisaatorakenteet pohjautuvat vielä perinteiselle professionaaliseen tehtävänjaol-

le, jotka hankaloittavat moniammatillista yhteistyötä. (Isoherranen. 2012, 156–157). Myös Rajakallion (2005, 142) tutkimuskohteesta puuttuivat muutostyön vaatimat organisaationaaliset tilat. Dialogi vaatii areenoita, joilla työyhteisön jäsenet voivat kohdata, vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia. Vuoropuhelun mahdollistavat rakenteet osoittautuvat hyvin haasteelliseksi tehtäväksi, mutta erilaisten kehittämistilaisuuksien avulla kyettiin luomaan keskustelufoorumeita, jotka rakensivat yhteisöllisyyttä, luottamusta sekä tahtotilaa. Isosaaren (2008) tekemä tutkimus terveydenhuollon organisaatioissa toi niin ikään esiin rakenteiden merkityksen, mutta vallan ja tilivelvollisuuden syntymisen näkökulmasta. Tietynlainen organisaatorakenne tuki tietentyypin valtatyyppien syntymistä. Sen perusteella syntyi erityyppisiä tilivelvollisuuksia, jotka näkyivät painokertoimina tuloksissa.

Katariina Pärnän (2012) väitöskirjassa moniammatillisen yhteistyön käynnistyminen edellyttää asiakaslähtöisen yhteistyötarpeen tunnistamista ja siitä käynnistyvää yhteistyötahtoa. Yhteistyöprosessin toimintaa edisti luottamuksen syntyminen ammattilaisten välillä. Se mahdollisti professioiden rajoilla käytävät neuvottelut sekä niiden ylittämiset. Yhteistyön eteneminen vaati toiminnan hahmottamisen monitasoiseksi tavoitteelliseksi prosessiksi. Sen edellytyksenä on, että tunnustetaan asiakastyön yhteistoiminnan merkitys. Moniammatillista yhteistyötä voidaan pitää prosessina, johon sisältyy resurssien, vastuun ja osaamisen jakaminen. Prosessin kehittäminen yhteistyössä auttaa uusien käytäntöjen sisäistämisessä ja juurtumisessa organisaatiokulttuuriin.

Kettunen & Gerlander (2013, 305–312) ovat kuvassa 11 kiteyttäneet moniammatillisen yhteistyön ydintekijät. Se edellyttää, että ryhmällä on käsitys yhteisestä tavoitteesta, jota ryhmäläisten työnjako tukee. Lisäksi tarvitaan vuorovaikutusta, jossa selkiytetään jokaisen tehtävät, vastuut ja roolit. Luottamus toiseen on kaiken perusta ja sitä osoitetaan toiselle arvostamalla hänen osaamistaan ja taitojaan. Ammatillista yhteistyötä ja rajojen ylitystä voi terveydenhuollossa haitata ammattilaisten erilainen näkemys yhteistyöstä. Esimerkiksi lääkäreiden ensisijainen tavoite potilaan hoidossa voi olla lääketieteellisen oireen tutkimus ja hoito ja hoitajien puolestaan potilaan kokonaisvaltaisempi selviytyminen elämässään. Vuorovaikutusilmapiiriin pitää olla rakentava, kunnioittava ja toisia tukeva, jotta ryhmä voi olla tehokas. Erityisen paljon ilmapiiristä kertoo, voiko ryhmässä olla eri mieltä ja kyseenalaistaa. Yhteistyö vaatii myös mm. järjestelmällisyyttä, työsuoritusten vakiointia, selkeitä kirjattuja sopimuksia ja yhteisiä kirjaamiskäytäntöjä.



Kuvio 14 Moniammatillisen yhteistyön ydintekijät (Kettunen & Gerlander.2013, 305)

Nylander ym. (2003, 1-8) lähestyvät artikkelissaan tietoa organisaation näkökulmasta ja esittävät sen syntyvän aina vuorovaikutuksen tuloksena eli sosiaalisessa kontekstissa. He määrittelevät tietointensiivisen organisaatorakenteen hologrammiksi, jossa tarvitaan kaikkia kolmea toimintaympäristöä samanaikaisesti. Mekaanisilla toimintamuodoilla lisätään kustannustehokkuutta. Orgaaninen rakenne pohjautuu joustaviin prosesseihin, itseohjautuviin tiimeihin sekä valtuuttavaan että osallistavaan johtamistapaan. Dynaaminen ympäristö pohjaa verkostomaiseen rakenteen lisäksi informaation runsauteen, ristiriitoihin sekä heikkojen signaalien havaitsemiseen. Kivinen (2008, 203) toteaa tutkimuksessaan terveydenhuollon organisaatioista, että tiedon ja osaaminen johtamisessa on vielä runsaasti mekaanisen tason piirteitä. Se keskittyy olemassa olevan tiedon hallintaan sekä sitä tukevien tietoteknisten ratkaisujen käyttöön.

3.7 Teorian ja strategian vertailu

Taulukko 1 vertaillaan Sydänsairaalan strategian mielenrauhaa ja kirjallisuudessa esitettyihin näkemyksiin asiakasymmärryksestä ja -lähtöisyydestä

Mielenrauha	Asiakasymmärrys ja -lähtöisyys
Potilaan turvallisuuden tunne toteutuu koko hoidon ajan	<ul style="list-style-type: none"> Organisaatio tuntee asiakkaiden tarpeet ja odotukset Asiakas kokee saavansa hyötyä/ lisäarvoa palvelusta Potilas kokee tulleen kohdatuksi

	<ul style="list-style-type: none"> Potilas kokee voimaantuvansa, jolloin hoitoon sitoutuminen paranee ja elämänhallinta paranee Potilaat luottavat hoitoonsa
Potilas hoidon keskiössä	<ul style="list-style-type: none"> Asiakas nähdään oman hyvinvointinsa asiantuntijana, subjektina Sairauskeskeisyydestä jäljellä olevan terveyden ylläpitoon, arjessa pärjäämiseen
Potilaslähtöinen hoidon- ja toiminnansuunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> Asiakas kohdataan tasaveroisesti ja osallistetaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon Asiakkaan kanssa käydään dialogia Valta ja vastuu ovat jaettu asiantuntijan ja asiakkaan välillä Asiakas saa riittävästi tietoa päätöksenteonsa tueksi Potilaan tarpeista lähtevä toiminnansuunnittelu, ideaalitalanteessa ensin suunnitellaan toiminta ja vasta sen jälkeen organisaatio Toiminnan suunnittelu lähtee liikkeelle alhaalta-ylöspäin
Asiakaspalautteen hyödyntäminen	<ul style="list-style-type: none"> Toimintaa kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti asiakaspalautteen pohjalta Asiakasymmärryksen jatkuva syventäminen
Hoitoprosessien/ hoitoketjujen sujuvuus ja yhteistyön kehittäminen	<ul style="list-style-type: none"> Palveluketjut ovat sujuvia, asiakkaalle arvoa tuottavia Päällekkäisyydet karsittu Hoidon jatkuvuus turvataan yli organisaatorajojen
Hoidon laatumittarit	<ul style="list-style-type: none"> Laatua mitataan toimivuudella, toistettavuudella ja kokemuksella Potilas saa apua terveysongelmaansa Hoidon vaikuttavuus
Potilaita kuunnellaan	<ul style="list-style-type: none"> Potilas kohdataan vuorovaikutuksessa Asiakkuusosaamisen kehittäminen
Tuottavuus, kasvun strategia	<ul style="list-style-type: none"> Vaikuttavuus kustannusvaikutus

Taulukko 2 Sydänsairaalan strategian huipputiimi-termin vertailu oppivaan organisaation ja sosiaalisen pääoman tunnusmerkkeihin

Huipputiimit	Oppiva organisaatio & sosiaalinen pääoma
Moniammatillinen tiimityö/ osallistaminen	<ul style="list-style-type: none"> yhteinen tavoite/ keskinäinen ymmärrys työskentely erilaisissa tiimikokoonpanoissa tasavertaisuus toisen arvostus sitoutuminen kannustava ilmapiiri yhteenkuuluvuus suorituskyvyn arviointi valtasuhteet
Sosiaalisen pääoman mittari	<ul style="list-style-type: none"> luottamus

	<ul style="list-style-type: none"> • vastavuoroisuus • aktiivinen toimiminen yhteiseksi hyväksi • yhteisölliset arvot ja normit
Moniammatillinen osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • itsensä jatkuva kehittäminen • toiminnan jatkuva kehittäminen/ oppiminen ja osallistuminen (uuden tiedon jalostaminen toiminnaksi) • toiminnan kehittäminen 2-suuntaisesti/ muutospaine ulkoapäin • yhteisten toimintamallien luominen/ dialogilla yhteinen ymmärrys • toisilta oppiminen • epäonnistumisen salliminen • virheistä oppiminen • yksilön osaamisen yhdistäminen yhteisön omaisuudeksi/itsenäisten palveluiden muuttaminen prosessiksi
rajapinnat	<ul style="list-style-type: none"> • päällekkäinen työ • professioiden välinen vuoropuhelu, yhteistyö ja rajojen ylitys

IV TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Aineiston hankinta ja sen analysointi

Aineisto kerättiin tekemällä yksilöhaastattelut kymmenelle Sydänsairaalan esimiehelle ja toimintopäällikölle. Haastatteluiden riittävästä määrästä on erilaisia näkemyksiä. Laadullinen tutkimus perustuu enemmän havaintojen laatuun kuin määrään. Aineiston saturaatiolla tarkoitetaan sitä, kun haastattelut eivät tuo ilmiön kannalta enää uutta ja oleellista. Haastateltavat pyrittiin valitsemaan siten, että saadaan kattava otos sekä hoitohenkilökunnan (4) että lääkärikunnan edustajia (6). Valinnassa huomioitiin, että edustutusta tulisi sekä kirurgian ja anestesiavastuualueelta (4) että kardiologialta (6). Anestesiapuolen haastateltavien vähyyttä perustellaan sillä, että potilaiden huolenpitotarve on suuri, joka merkittävästi vähentää potilaan mahdollisuutta osallistua hoitoansa koskevaan päätöksentekoon. Haastateltavista 7 oli miehiä ja 3 naista. Heistä kolmella on johtamiskokemusta alle 3 vuotta ja lopuilla enemmän kuin kolme vuotta. Haastateltavat toimivat työpareina kahta lukuun ottamatta.

Haastateltaviin otettiin yhteyttä puhelimitse, jossa heitä pyydettiin mukaan tutkimukseen. Puhelun aikana heille kerrottiin tutkimuksen työotsikko ja tarkoitus sekä sen keston arvioitu

aika (60min) ja sovittiin tapaamisaika. Haastattelut nauhoitettiin. Ne aloitettiin kertomalla, että osassa kysymyksistä käytetään asiakas-termiä ja osassa potilas, jotka tässä tutkimuksessa tarkoittavat samaa.

Haastattelut toteutettiin ja kirjoitettiin auki kolmessa viikossa. Litterointi tehtiin melko sanatarkasti, poistettiin ”että, tota”, ”sitten” ja ”niinku” tyyppisiä toistoja. Litteroitua tekstiä kertyi n. 70 sivua. Haastattelut kestivät 25–50 minuuttia, keskimäärin 40minuuttia. Litterointivaihe erotettiin analysoinnista, jotta varmistettiin, ettei oleellisia asioita jää huomioimatta liian aikaisen rajaamisen vuoksi. (Hirsjärvi & Hurme. 2011).

4.2 Tutkimusmetodina teemahaastattelu

Tutkimusmetodiksi valittiin haastattelu, koska haluttiin tutkia, millaisia käsityksiä ja merkityksiä annetaan Sydänsairaalan strategiassa oleville käsitteille mielenrauha ja huipputiimit. Haastattelujen avulla voidaan antaa haastateltavan kuvata asioita mahdollisimman vapaasti, tuoda esille itselleen merkityksellisiä asioita. Käsitteiden monimerkityksellisyys oli tiedossa, joten haastattelun avulla oli mahdollista päästä käsiksi haastateltavien tiedostamattomiin piilomerkityksiin. (Hirsjärvi & Hurme. 2011, 33–36; Moilanen ym. 2015, 52–55).

Puolistrukturoitua teemahaastattelua voidaan käyttää menetelmänä, jolloin tutkija etenee etukäteen määritettyjen teemojen ja haastattelurungon mukaisesti ja haastateltava vastaa omin sanoin. Teemahaastattelun avulla voidaan selvittää heikosti tiedostettuja seikkoja, tai ilmiöitä, joista ei ole totuttu päivittäin keskustelemaan, kuten arvostuksista ja ihanteista. Puolistrukturoidun etuna on myös mahdollisuus tulkita kysymyksiä ja täsmentää vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme. 2011 47–48; Tuomi & Sarajärvi. 2009, 74–76).

4.3 Haastattelulomakkeen laadinta

Haastattelulomakkeen laadinta (Liite 1.) pohjautuu teoriasta nousevaan teema-alueisiin. Haastattelun tavoitteena on kerätä sellainen aineisto, jonka pohjalta voidaan tehdä luotettavia päätelmiä tutkittavasta ilmiöstä ja saada vastaus tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelua käytetään useimmiten silloin, kun ollaan kiinnostuneita tutkittavan ilmiön perusluonteesta ja -ominaisuuksista (Hirsjärvi & Hurme. 2011, 65-68). Teemahaastattelun kysymykset oli laadittu etukäteen melko yksityiskohtaiseksi vertailukelpoisuuden parantamiseksi. Ne tarkastet-

tiin yhdessä työelämäohjaajan kanssa ja esitettiin kaikille haastateltaville mahdollisimman samanlaisesti, näin pyrittiin minimoimaan tutkijan mahdollisuus johdatella haastateltavia.

Tämän tutkimuksen haastatteluteemat on johdettu teoriasta ja tutkimuskysymyksistä. Haastatteluiden teemoiksi valittiin haastateltavien käsitykset ja kokemukset asiakaslähtöisyyden merkityksestä moniammatillisessa yhteistyössä, voidaanko huipputiimeillä parantaa potilaan mielenrauhaa. Näiden teemojen sisällä selvitettiin myös haastateltavien käsitystä, miten asiakasrvo syntyy sekä sosiaalisen pääoman merkitystä. Kysymykset ovat pyritty laatimaan siten, että niissä kysytään sekä käsityksiä että kokemuksia. Laineen (2015, 39-40) mukaan käsitystä selvitteleviin kysymyksiin vastataan herkemmin ihmisyyhteisöissä muodostuneiden arvostusten perusteella ja ne kertovat enemmän yhteisön perinteisistä ja tyypillisistä tavoista nähdä maailma kuin todellisuudesta, jossa koemme ja toimimme. Kun kysymys muotoillaan kokemusta kysyväksi, saadaan enemmän yksilöllisiä, omakohtaisia vastauksia. Kokemus on harvoin loppuun asti ymmärretty tai tulkittu, piiloon jää tiedostamattomia elementtejä kuten erilaisia tunteita.

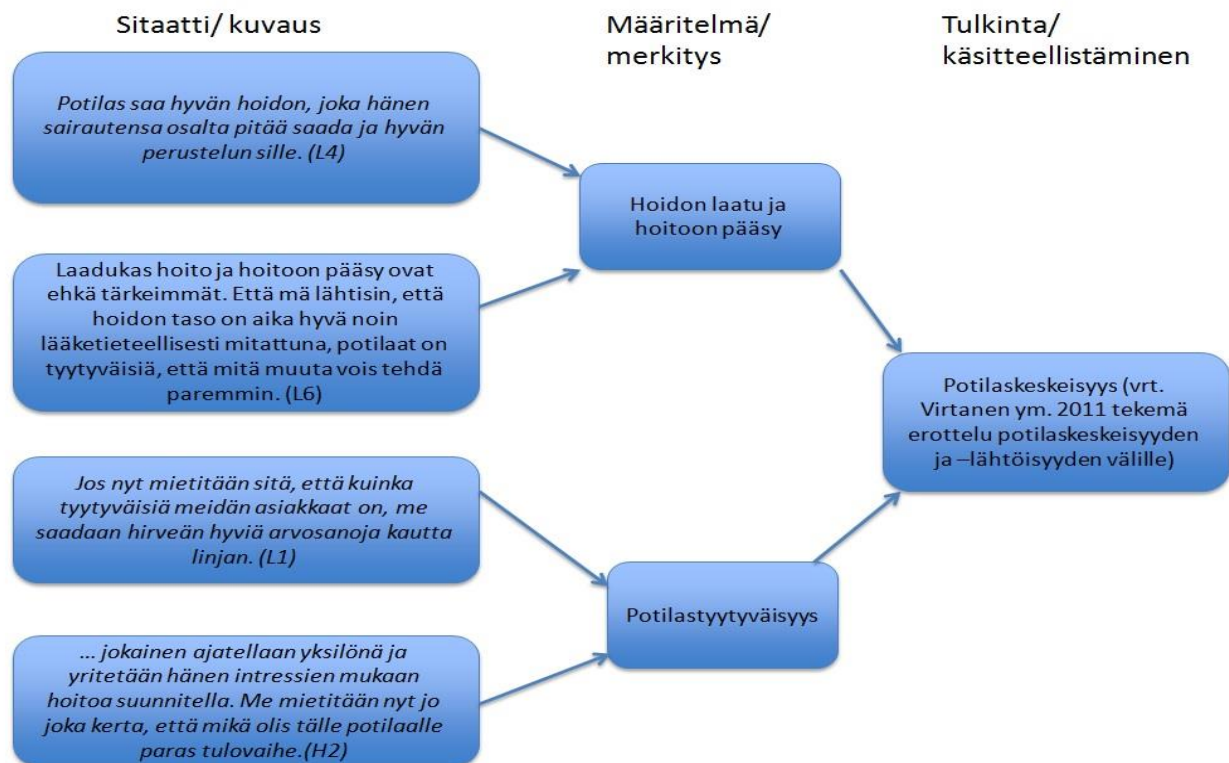
4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Ensimmäisessä työstövaiheessa on pyritty muodostamaan kuvaus aineistosta, löytää olennaiset tekijät tutkimuksen kannalta. (Laine. 2015. 36–50; vrt. Tuomi & Sarajärvi. 2009, 115–117). Aineisto on kuvattu teorialähtöisesti, siinä on ensin pyritty tulkitsemaan Sydänsairaalan strategiassa määriteltäviä käsitteitä mielenrauha ja huipputiimit kirjallisuudessa käytettyihin käsitteisiin asiakaslähtöisyys ja -arvo sekä oppiva organisaatio ja sosiaalinen pääoma. Haastattelussa on pyritty saamaan esimies- ja toimintopäällikötason käsityksiä em. käsitteistä ja niiden merkityksestä toiminnalle.

Aineisto on käsitelty sisällönanalyysin keinoin hyödyntäen teoriaohjaavaa analyysia. Analyysi nojaa teoreettisiin kytkentöihin, ei vain yhteen teoriaan. Siinä tunnistetaan aikaisemman tiedon merkitys, mutta sitä ei testata, vaan yritetään luoda uutta ymmärrystä aiheeseen. Wittgenstein (1999) käyttää käsitettä ”kielipeli”, jolla hän tarkoittaa, että sanat saavat merkityksensä niiden käytön mukaisesti. Ilmaisilla ei ole olemassa yksittäistä selkeää merkitystä, vaan niitä voidaan lähestyä ymmärtämällä ja tulkitsemalla, joka on yhteisöllisen elämän perusilmiö. Tämän tutkimuksen yksi tavoite on pyrkiä ymmärtämään teoreettisen käsityksen yhtenevyyttä käytännön toiminnan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi. 2009. 96–97; Laine. 2015, 33).

Analyysi vaiheessa aineistoa on luokiteltu ja teemoiteteltu aihepiirien mukaan. Sitä pidetäänkin olennaisena osana ilmiön jäsentämiselle ja yksinkertaistamiselle, hukkaamatta moniaspektisuutta. (Hirsjärvi & Hurme. 2011. 147; Laine. 2015.43). Aineiston välittömiä tulkintoja tapahtuu väistämättä ja niistä pyritään irti kriittisen reflektoinnin avulla. Aineisto näyttäytyy etäisyyden oton jälkeen joka kerta erilaisena syventäen ymmärrystä ja tulkintaa. (Laine. 2015. 39–40). Teemat on pyritty kriittisesti pohtimaan teoriankautta ja reflektoitu esim. vertailemalla näkemyksiä kysyviä kysymyksiä ja kokemuksia kartoittaviin (esim. miten yhteisön osaaminen ja tiimin jäsenten ammattitaito korreloivat keskenään).

Kuvio 15 avulla havainnollistetaan tässä tutkimuksessa tehtyä tulkintaa. Sitaateista on etsitty yhtenevyyksiä, joita on määritelty ja pyritty antamaan merkityksiä teorian pohjalta. Merkitykset järjestäytyvät tutkimuskysymysten ja teorian vahvan ymmärryksen pohjalta tulkinnaiksi. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 97; Laine. 2015. 39–45).



Kuvio 15 Tutkimukseen liittyvä esimerkki analyysistä tulkintaan (mukailtu Tuomi & Sarajärvi. 2009)

4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkijan rehellisyyttä, tutkimustulosten selkeää ja totuudenmukaista raportointia sekä tutkimuskulun auki kirjoittamista pidetään laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä. (Hirsjärvi ym. 2013). Tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin kohteena ovat tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ja valinnat on oltava perusteltavissa ja niiden tarkoituksenmukaisuutta tulee arvioida tavoitteiden kannalta. (Vilkka, 2005).

Tutkija on itse yhtenä esimiehenä tutkimassaan organisaatiossa, jolloin tutkimuksen objektiivisuuteen pitää kiinnittää erityistä huomiota ja pohdintaa. Tutkija on pyrkinyt kartoittamaan jo teoriavaiheessa omat ennakkokäsityksensä tutkimusaiheeseen, jolloin niiden vaikutusta tulkintoihin on voitu arvioida kriittisesti koko analyysin ja johtopäätösten ajan. Hirsjärven ym. (2013. 160-165) mukaan tutkija ei voi sanoutua arvolähtökohdistaan, koska ne muokkaavat ymmärrystä tutkittavista ilmiöistä. Tulokset rajoittuvatkin siksi vain tiettyyn rajattuun tapaukseen, usein myös aineiston pienuuden vuoksi. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan pyrki- myksenä on paljastaa jotain uutta odottamatonta tutkittavasta kohteestaan, sen lähtökohtana ei ole teorian testaus vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu.

Haastateltavien valinnassa huomioitiin tutkijan ja haastateltavan asemat organisaatiossa sosiaalisesti suotuisten vastausten minimoimiseksi. Haastattelutilanteessa saatetaan pyrkiä mahdollisesti kaunistelemaan omakuvaa ja miellyttämään haastattelijaa. (Hirsjärvi & Hurme. 2011). Teoriaosuuden tutkimusnäyttö on samansuuntainen tässä tutkimuksessa nousevien havaintojen kanssa, joka puoltaa aineistosta tehtyä tulkintaa.

Tutkimusaineiston analysointi on aloitettu aineiston lukemisella ja tutkijan spontaanin ymmärryksen kyseenalaistamisella. Tavoitteena on ollut, että tutkija käy vuoropuhelua aineistonsa kanssa toisen toiseuden ymmärtämiseksi. Tutkijan dialogi (=tieto) syntyy, kun aineisto ja tutkijan oma tulkinta vuoropuhelussa syvenee. Jo aineiston keruu vaiheessa tutkija tekee välittömiä ja spontaaneja tulkintoja, niistä pyritään eroon kriittisen tulkinnan ja reflektoinnin avulla lukemalla aineistoa ja koettelemalla yhä uudelleen tulkintaa ja siitä tehtyä tulkintahypoteesia, mitä toinen on tarkoittanut ilmaisullaan. Kriittisyydellä pyritään koettelemaan teh-

tyjä tulkintoja ja refleksiivisyydellä pyritään tiedostamaan omat ennakkokäsitykset, jolloin niiden vaikutusta tulkintoihin voi arvioida. (Laine. 2015. 36–38).

Tutkimuksen analyysia, tulkintaa ja johtopäätöksiä tehtäessä on tärkeää käydä vuoropuhelua alaan liittyvien tutkimusten kanssa. Se parantaa tutkimuksen uskottavuutta eli reliabiliteettia, jos vastaavia ilmiöitä tai selityksiä on löydettävissä myös muista tutkimuksista. (Moilanen & Räihä. 2015 66–67; Hirsjärvi & Hurme. 2011).

Tutkimuksen validiteetilla mitataan, onko mitattu niitä asioita, joita on ollut tarkoitus tutkia. Ymmärretäänkö kysymykset samansuuntaisesti kuin tutkija on ajatellut? Haastattelututkimuksen etuna pidetään mm. sen joustavuutta. (Hirsjärvi ym. 2013). Haastatteluvaiheessa annettiin joihinkin kysymyksiin lisätietoa tai tarkennuksia kysymyksen tarkoituksesta, jos haastateltavat sitä kysyivät tai epäilivät vastauksensa ”oikeellisuutta”. Tutkija pyrki tietoisesti omalla käytöksellään kannustamaan vastaajia ja luomaan ilmapiiriä, jossa kaikki vastaukset ovat arvokkaita ja oikeita.

Ihmistieteisiin liittyvän tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu kolme osa-aluetta: tutkitavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyyden ja tietosuojan turvaaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Tässä tutkimuksessa osallistuminen on perustunut vapaaehtoisuuteen, lupa on pyydetty suullisesti, haastateltaville on kerrottu tutkimuksen aihe, käyttötarkoitus, aineiston keruutapa ja arvioitu ajankulu. Heidän tietosuojasta on huolehdittu säilyttämällä kirjallinen aineisto lukituissa tiloissa ja salasanalla suojattuina tiedostoina. Aineisto on vain tutkijan käytössä ja tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä raportista voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa.

V TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyttä pitivät kaikki lähtökohtaisesti tärkeänä näkökulmana toiminnassa, mutta se nähtiin useimmin potilastyytyväisyyden lisääjänä ja potilaiden toiveiden huomioimisena kuin potilaan voimaannuttamiskeinona.

Potilas saa hyvän hoidon, joka hänen sairautensa osalta pitää saada ja hyvän perustelun sille. (L4).

Jos nyt mietitään sitä, että kuinka tyytyväisiä meidän asiakkaat on, me saadaan hirveän hyviä arvosanoja kautta linjan näissä potilastyytyväisyysmittauksissa, että kyl mä sanosin, että varmaan tässä omalla alueellamme ollaan kohtalaisen hyviä. (L1)

...jokainen ajatellaan yksilönä ja yritetään hänen intressien mukaan hoitoa suunnitella. (H2)

... meidän täytyy niinku havainnoida sitä ihmistä, että minkälaisen tyyppin kanssa ollaan tekemisissä, että tajuttas pysähtyä, olla läsnä...katottas oikeesti, että mikä on sen ihmisen vastaanotokyky... (H4)

Sydänsairaalan strategiassa puhutaan potilaan nostamisesta keskiöön. Asiakas on toiminnan keskiössä ja häntä varten on toiminnot ja palvelut organisoitu. Sydänsairaala toimintaa voi luonnehtia sen erottelun pohjalta puhtaasti potilaskeskeiseksi, joka näkyi myös vastauksissa.

Eiköhän se oo sitä, että se potilas on siinä sen hoidon keskiössä. Paljon on ollut puhetta siitä, että hoito lähtee siitä potilaan tarpeesta ehkä, että palvelukokonaisuus, mitä se potilas tarvii. (L5)

...potilaan huomioiminen ja hänen tarpeittensa nostaminen keskiöön. (L1).

Organisaatioiden asiakasymmärryksellä tarkoitetaan esim. Kuuselan & Neilimon (2010) mukaan sitä todellisuutta, jossa asiakkaat elävät ja toimivat. Pääsääntöisesti vastauksissa tuli esiin vielä organisaatiolähtöinen ja pakotetun asiakkuuden näkökulma (Rannisto. 2014), jossa ajatellaan asiantuntijoiden tietävän parhaiten, mikä auttaa potilasta ja mitä hoitoa tarjotaan.

Se hoitopolku on rakennettu siten, että potilas arvioidaan ja katsotaan, mikä on hänelle paras hoito...(L4)

Me ollaan tämmönen korkean erikoissairaanhoidon yksikkö, meillä ei voida hoitaa kaikkia potilaan vaivoja, vaan meidän on väistämättä priorisoitava potilaiden hoitoa ja meidän on myös valittava ne potilaat, jotka tänne kuuluvat. (L5)

Me pyritään miettimään sieltä asiakkaan näkökulmasta se kaikista paras tapa hoitaa nää asiat. (L1)

Mutta osa vastaajista oli huomannut merkitykselliseksi asiakkaan ja organisaation välisen vastavuoroisen vuoropuhelun, joka edellyttää syvää sitoutumista, yhdessä sovittuja ratkaisuja, avoimuutta ja läpinäkyvyyttä.

Me otettas se potilas niinku yksilönä... ja otettais niinku nää potilaan toiveet, että me oikeesti oltais sellasia tasavertaisia keskustelijoita... Et se olis sellanen avoin kulttuuri ja kaikki ymmärtäs, että se on se potilas, joka on meidän kuningas. (H4)

Asiantuntijuus nähtiin ristiriitaisena käsitteenä. Asiantuntijoina nähtiin kukin omalla alueellaan toimiva työntekijä. Kysymys voiko potilas olla asiantuntija koettiin osin hämmentävänä. Potilas nähtiin oman itsensä asiantuntijana, mutta ei tasavertaisena tietäjänä kuin ammattilainen on.

Potilas ei voi päättää, mikä on hänen lääketieteellinen hoitolinja. Hän on asiantuntija siinä päätöksessä, mitä hänelle tehdään ja hän päättää niistä vaihtoehtoista, joita hänelle annetaan, mutta potilas ei ole asiantuntija sairausasioissa, mikä aiheuttaa ristiriitaa. (L4)

...varmasti tietää kaikki oireet ja niiden vaikutukset elämäänsä ja toimintakykyynsä ja siihen, niin sen osalta se on tietysti asiantuntija ilman muuta. (L5)

Potilas voi olla myös asiantuntija, mutta tietenkin suurella varauksella ja aina täytyy yksilökohtaisesti katsoa, ei voi kategorisoida, että ne on, vaan ne voivat olla. (L2)

Onhan se tietysti sen oman olonsa asiantuntija, kukaan ei tietenkään voi lukea kenenkään ajatuksia. Sitä tulee kyllä harvemmin ajatelleeksi, että se (potilas) on asiantuntija. (H2)

...kyllä se asiakas on aina itse se asiantuntija, koska sen kokemukset on aina kuitenkin subjektiivisia. (H3)

Vastuu hoitoa koskevassa päätöksenteossa nähtiin useammassa vastauksessa säilyvän lääkärillä, kun taas hoitajat useimmin näkivät sen yhteiseksi.

Jos lääkäri tekee hoidollisen päätöksen, hän kantaa siitä vastuun. Jos sitten potilas päättääkin tehdä toisin, sitten hän kantaa sen vastuun. (L4)

Ei tähän oo, mun mielestä, lääkärikoulussa on alusta saakka niinku eri yhteyksissä mietitty, että kuka päättää ja sanottu, että lääkäri päättää, että se vastuu ja valta on tavallaan lääkäreillä. Mutta mun mielestä potilas itse saa päättää. Se ei oo

helppo kysymys, kykeneekö potilas huomioimaan kaikki riskit päätöstä tehdessään. (L2)

Eiköhän se ole se lääkäri, joka sen lopullisen hoitopäätöksen sitten tekee. Toki se tehdään yhteisymmärryksessä sen potilaan kanssa, että potilas ja lääkäri yhdessä. (L5)

Toisaalta se on se lääkäri ja toisaalta se on potilas itse. Koska potilas itse suostuu siihen tulevaan toimenpiteeseen tai hoitoon. Mutta se että suostuu siihen, kun se tulee lääkärin kertomana ja hän luottaa siihen, että on se asiantuntija, joka tietää, mitä pitäis tehdä eli hän tavallaan luottaa lääkäriin, joka tekee sen päätöksen. Mutta toisaalta hän itse vastaa, kun hän sanoo kyllä. Ehkä se on yhteispäätöksellä tehty sitten. (H3)

Yleisesti ottaen vastauksissa todettiin hoitoprosessien toimivan ”pääsääntöisesti hyvin”. Potilaan äänen kuuluvuutta arvioitaessa prosessissa vastaukset jakaantuivat puolesta ja vastaan. Osa koki, että kuuluu pohjaten arvionsa potilastyytyväisyysmittaukseen ja osan mielestä ei, sillä toiminta tarvitsisi asiakaslähtöisemmän näkökulman.

Erittäin hyviä arvosanoja (potilastyytyväisyysmittauksessa), jotta ei niissä oo kauheasti parantamisen varaa. (L5)

Se asiakasnäkökulman toteutuminen vaatii aika paljon, se vaatii sen hyväksymistä, että tulee paljon uutta työtä, jota aikaisemmin ei oo tehty. (L3)

Mä jotenkin nään, että tän Leanin ja palvelumuotoilun kun saisi yhistettyä ja vietyä meidän sairaalaan, me oltas niin paljon kilpailukykyisempiä! (H3)

Potilaan ääneen kuuluvuutta prosessissa pohdittiin monesta eri näkökulmasta. Potilaan kannalta sitä useimmat pitivät riittämättömänä, asiakastyytyväisyyden perusteella osa piti hyvänä, koska ei ollut muuta tietoa käytettävissä ja muutama piti potilaan toiveiden kuuntelua keinona huomioda potilaan ääni. Yksilötasolla oli nähtävissä paljonkin potilaiden huomioonottamista.

...mietitään monta kertaa, että minkä ikäinen tää potilas on, voiko tulla aamupäivällä vai iltapäivällä, saako se kyytiä jne., mutta mehän ei tiedetä, mikä tää totuus on, se on vaan ihan meidän arvuuttelua... (H1)

...mehän laitetaan niitä kyllä meneen hotelliin, jos on vaan sen kuntosia, mutta melkein kaikki joilta mää kysyn... voi sanoo, että joka toinen vastaa, että kyllä mää

mieluummin olisin siellä osastolla. Että tää on aika pitkälle tullu täältä meiltä päin, että näin tehdään. (H2)

Jos potilasta halutaan kuunnella, se on kyllä mahdollista... miten me reagoidaan, miten me otetaan potilas, miten me suhtaudutaan hänen tarpeisiinsa...(L1)

Suurin osa haastatelluista näkee, että potilaalla on mahdollisuus saada riittävästi tietoa päätöksenteonsa tueksi, jos sitä haluaa ja on omaa aktiivisuutta. Ehkä suurempi huoli oli siitä, että ymmärretäänkö sitä aina oikein ja jääkö puutteita. Asiakkaiden lisääntynyt tietoisuus näkyy siinä, että perusteluja halutaan enemmän. Useammassa vastauksessa kävi ilmi, että potilaat jättävät edelleen päätöksenteon helposti asiantuntijalle.

Useimmat vastaukset olivat enemmän auktoriteettisuhteeseen viittaavia.

Kyllä se on niin, kun tänne jalallaan astuu, on sen jälkeen toiminnan kohde! (H3)

Se (kuka päättää hoidosta) ei oo aina ihan helppo kysymys, kykeneekö potilas huomioimaan kaikki asiat tai riskit päätöstä tehdessä. (L2)

Monissa vastauksissa puhuttiin, että päätös toimenpiteestä tehdään yhdessä potilaan kanssa. Lupa toimenpiteeseen nähtiin juridisena ja sitä tarkasteltiin lähinnä lääketieteellisten kriteereiden täyttymisen näkökulmasta ja potilaan tietoisuutena toimenpideriskeistä. Vastauksissa potilas nähtiin useimmin ammattilaisen apua tarvitsevana kuin tasavertaisena päätöksen tekijänä.

... yks potilas soitti tähän, 94-vuotias, miten tässä nyt, jos hän kieltäytyykin tästä leikkauksesta... hänellä oli kyllä kaikenlaista vaivaa, oli jalkasärkyä ja selkäsärkyä jne. Sitten hän itse sanoi, että kyllä hän tämän hengenahdistuksen kanssa pärjää, et oli sanottu, että se läppävika tekee sitä hengenahdistusta...oli tosi helpottuneen oloinen, kun ei tартtenukkaan tulla... (H2)

Monet toimenpiteet on kyllä kovin epäselviä potilaille, mitä oikeesti tehdään, niin niissä tilanteissa ei kyllä pysty sitä koko kokonaisuutta hahmottamaan, että tavallaan jää lääkärin vastuulle. (L5)

Potilaan pitää ymmärtää varsinkin tällaiset kajoavat toimenpiteet, miksi se tehdään, perustelut pitää tietää, pitää tietää riskit, mitä siihen liittyy. Myöskin jos tulee komplikaatio, niin silloin on hyvä, että potilas on tiennyt ne perustelut ja on itse

osallistunut päätöksentekoon tai sitten ainakin osittain siihen päätöksentekoon.
(L4)

Useimmat pitivät potilaan osallistamista hoitoonsa äärimmäisen tärkeänä hoitokokemuksen kannalta, voimaannuttamisen keinoksi sitä ei vielä selkeästi tunnistettu. Keinona käytettiin keskustelua tai ohjausta.

Se (osallistaminen) on tosiaan hyvin tärkeää, mutta miten se tehdään, se onkin se pointti. Siinä mielessä noi on tosi tärkeitä, noi post-ryhmät, varmaan se, että palautetaan ne asiat edes mieleen... (H2)

...joskus se hankaloittaa asioita, jos ne osallistuu enemmän ja se voi viedä aikataulutusta hankalammaksi sopia yhteen. (H1)

Se on hyvin tärkeätä, potilaan täytyy ymmärtää se kokonaisuus ja hänen täytyy tuoda selkeästi esille se, että lähetään viemään jotain toimenpidettä eteenpäin. (L2).

Kyllä mä pidän sitä tärkeänä, kun me kuitenkin tiedetään, että meidän hoidot ja kaikki mitä me tehdään, sehän on vain toinen puoli tätä asiaa. Toinen puoli on sitten se, että miten potilas sen kokee ja mitenkä hänet otetaan vastaan ja minkälainen tunne hänelle jää ja se tyytyväisyys ja muu, niin se on hyvin paljon kiinni se hoidon lopputulos ja onnistuminen siitä, että miten se potilas kokee meidän hoitajakson. (L1)

Kumppanuussuhde, jossa potilaat nähtiin tasavertaisina tuli esiin kahdessa vastauksessa ja selkeä valmentajasuhde yhdessä.

...kyllä mä usein kysyn potilaalta, mitä hän toivoo... mutta monta kertaa se palautuu niin, että tehän olette se asiantuntija, ei hän osaa ottaa kantaa. Mutta totta kai on sitten niitä aktiivisia, jotka mielellään haluaa lisää tietoa, sitäkin mä hyödynnän... heille mä annan tehtäväksi, että ennen kuin pidetään uusi palaveri, käykää tutustumassa, mä annan heille linkkejä, mistä he käyvät hakemassa tietoa kotimaisia ja ulkomaisia julkaisuja. Sit mä palaan tähän keskusteluun. (L6)

Kun potilaalla annetaan valta päättää hoidostaan hänelle pitäisi siirtyä myös vastuu päätöksistä. Vastauksissa ei otettu kantaa potilaan omaan vastuuseen sairautensa hoidosta. Vastauksissa keskityttiin, miten organisaatio tai ammattilainen voi auttaa asiakasta omalla ammattitaidollaan ja osaamisellaan. Vain yhdessä vastauksessa sivuttiin potilaan roolia ja vastuuta.

Minua joskus häiritsee, että potilaat katsovat mielellään, että heillä on oikeuksia, mutta ei mitään velvollisuuksia. (L6)

5.2 Asiakasymmärrys

Potilaiden palvelukokonaisuuskokemusta pidettiin yksimielisesti hyvänä, vastauksissa vedottiin tehtyihin asiakastyytyväisyysmittauksiin. Kaikki myös näkivät merkitykselliseksi, että potilaan kokemus huomioidaan toimintaa suunniteltaessa. Osa pohti, miten se käytännössä onnistuu, onko toiveet epärealistisia tarjolla olevaan resursointiin nähden. Suurin osa näkisi sen tarpeelliseksi, mutta ei oikein tiedä, miten se käytännössä olisi mahdollista.

Olishan se ihan hyvä, mutta miten se onnistuu käytännössä? (H1)

Kyllä varmaan pitäisi, sikäli kuin se olisi vain mahdollista. Siinä taas törmätään siihen, et meillä on aika rajalliset nämä resurssit ja meidän pitää puristaa irti se maksimi. (L6)

...mutta kyllä meitä kiinnostaa se, että kuinka potilaan näkökulmasta, niin, mihin suuntaan potilaat haluais, niinku, et mitä puutteita siinä ehkä on, mitä vajeita. Ei pelkästään se, että sitä gradeerataan jollain tyytyväisyysmittarilla 1-5, vaan sitä, että mikä ei mennyt hyvin. (L3)

Potilaan mielenrauhaa parannetaan parhaiten, kun potilas saadaan luottamaan ammattilaisen ammattitaitoon ja ystävälliseen hyvään käytökseen, huolenpitoon, tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen, johon kuuluu potilaan kuunteleminen ja hoitoon osallistaminen.

Siinä on ensinnäkin semmonen kiireetön kohtaaminen ja puhuu potilaalle semmosta kieltä, että hän ymmärtää, mistä on kysymys. (L2)

Ammattilaiset kokivat onnistuneensa potilaan hoidossa, kun on voinut hyödyntää omaa ammattitaitonsa potilaan hyväksi ja potilas kokee saaneensa apua vaivaansa.

Silloin kun mä saan sen hyvän palautteen, niin sieltä kuuluu se kiitos! (H3)

Silloin mä koen onnistuneeni, kun potilas tulee polille ja sanoo, että nyt se vointi on parempi ja tyytyväinen siihen omaan tilanteeseensa. Sit kun potilas lähtee salista, se on semmonen, semmonen tekninen onnistuminen, mutta palaute tulee silloin vasta jälkeenpäin. (L4)

Useimmissa vastauksissa oli todettavissa hetkellisen yhteisymmärryksen tunne potilaan ja ammattilaisen välillä. Niitä voisikin luonnehtia asiakasarvon korkeimmalla tasolla tapahtuviksi merkitys –kokemuksiksi. (vrt. esim. Kuusela & Neilimo. 2010; Koivuniemi ym. 2014)

Asiakaslähtöisyyden avulla uskotaan voitavan ennen kaikkea parantaa kilpailukykyämme.

Jos puhutaan huipputason yksiköistä, voi olla vaikea sitä laatua enää mitata niin tarkasti, että löydettäisiin eroja, mutta näistä kokemuksista varmaan löydetään. (L6)

Asiakaslähtöisyyden paremman toteutumisen esteeksi nähtiin asenne, aikapula ja vaikeus muuttaa vanhoja toimintatapoja. Asennetta kuvailtiin sitoutumattomuutena yhteisiin pelisääntöihin, sooloiluna ja epätasa-arvoisuuden kokemuksina. Ajan puutetta pidettiin kehittämistyön esteenä, potilaan kanssa ei koettu olevan riittävästi aikaa puhua tai sitä hukataan turhien asioiden tekemiseen.

Kyllä se on ihan vaan asenne, ei vaan nähdä sitä riittävän tärkeäksi. Kyllä mä näkisin, et meillä ei oo mitään estettä, siis ei oo rahasta kiinni, eikä se oo resursseistaan kiinni, et kyllä se on jokaisen henkilökohtaisesta asenteesta kiinni. (L1)
Se että kaikilla olis se sama maali, me ollaan täällä näitä potilaita varten, tää ei ole mun potilas eikä toi toinen sun potilas, vaan nää on kaikki meidän potilaita. (H1)

Menestymisen avaimina nähtiin laadukkaat palvelut ja tyytyväiset asiakkaat. Muutamissa vastauksissa puhuttiin potilaalle tuotettavasta terveyshyödystä ja pitkäaikaisista hoitotuloksista.

No tuote pitäisi olla kunnossa... Tuote pitää sisällään myös potilastyytyväisyyden, välittömät tulokset, pitkäaikaiset tulokset. (L3)

5.3 Oppiva organisaatio

Vastaajat näkivät moniammatillinen yhteistyön usean eri ammattiryhmän välisenä yhteistyönä, jolla on yhteinen päämäärä.

Eri ammattiryhmien osallistuminen siihen samaan hoitoon tässä meidän firmassa. (H1)
Siinä on eri alojen asiantuntijoita, jotka kaikki tuo siihen lopputulokseen sen oman osaamisensa. (L6)

Yksi vastaajista näki moniammatillisuuden ulottuvan yli organisaatorajojen koskien esim. jatkohoitopaikkoja ja kolmatta sektoria. Toisessa se nähtiin eri alojen lääkäreiden väliseksi keskusteluksi, joiden avulla voidaan ratkaista potilaiden ongelmia moniammatillisesti. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen nähtiin tärkeäksi, useimpien mielestä se vaati vuorovaikutuksen lisäämistä, jotta syntyy luottamus ja yhteinen käsitys yhteistyön tavoitteista.

Yhteistyöpalaverien avulla, jolloin kaikki voisivat osallistua näiden hoitoketjujen suunnitteluun. (L4)

Moniammatillinen yhteistyö helpottuu, kun tunnetaan toisemme paremmin. (H4)

*Kaikki mukaan siihen kehitystyöhön, monesti sitä kehitetään vain siitä tietystä koh-
taa, siihen täytyy ottaa kaikki mukaan, missä se potilas kulkee, eihän se kulje vain
meillä. (H3)*

Toisen työn arvostamisen ja merkityksellisyyden tunnustamisen tärkeyttä moniammatillisen yhteistyön edistäjänä pohti kaksi vastaajaa.

*Näen sen sellasena keskusteluyhteistyön tiivistämisasiana ja ehkä yks semmonen
näkökulma on, että pitäis oppia ymmärtämään sen toisen näkökulmaa enemmän.
Että se ei oo vaan sellanen asia, joka tulee jostakin, vaan pitäis ymmärtää sen toisen
näkökulmaa enemmän, mitä se toinen tekee ja mikä sen työn merkitys on. Semmo-
nen tietoisuuden lisääminen. (L1)*

*Ymmärtämisen kautta se kai täytyy tapahtua, että oivaltaa. Mähän en voi tätä yk-
sin tehdä, vaan tähän tarvitaan muuta. Millä näitä asenteita sitten muuttaa? Hi-
taasti. (L6)*

Oppivaksi organisaatioksi Sydänsairaala tunnistettiin kaikissa vastauksissa, vaikka monet miettivätkin käsitteen tarkempaa määritelmää. Oppivuutta perusteltiin monesti ulkoapäin tulevilla muutospaineilla esim. uusien hoitokäytäntöjen muodossa. Vastauksissa tuotiin myös ilmi, että uuden oppimiseen on sitouduttu koko organisaation tasolla ja se mahdollistuu nykyisen organisaatorakenteen avulla, kunhan annetaan aikaa kehittämistyölle.

*Miten paljon on koko ajan muutosta ja ihmiset on halukkaita oppimaan, meidän on
oltava oppimismyönteisiä. (H4)*

*Varmasti tällä organisaatiolla on kyky oppia, mutta tämmösten uusien asioiden
tuominen tähän näin, sikäli on vaikeus toteutua, koska tää kuormittavuus on aika*

suurta. Näiden rutiinien hoitaminen vie niin paljon aikaa, et tämmöset isot kehittämishankkeet on aika isoja suupaloja. (L3)

Osaaminen nähtiin useimmin yhteisön omaisuudeksi. Jokaisen yksilön osaamista ja ammattitaitoa tarvitaan, jotta voidaan yhteisönä onnistua. Vastauksissa tuotiin enemmän yksittäisen asiantuntijan panoksen merkitystä ketjussa, yhdessä oppimisen hyötyjä ei vielä nähty.

Mutta ei se yksi tähti meitä pelasta, että kyllä mä uskon, että se on se tiimi, joka on se salaisuus. (L1)

No se on sen yksilön, jonka jälkeen siitä tulee sen yhteisön. Jos ei sillä yksilöllä ole sitä osaamista, niin eihän sitä voi sillä yhteisölläkään olla. Semmosta asennetta ei sais olla, että toi toinen tietää enemmän kuin minä. (H1)

Mutta meillehän tulee tämmösiä työyhteisöongelmia, jos me pidetään se tieto vain itellämme eikä jaeta. (L5)

Jokaisella on henkilökohtainen vastuu siitä omasta osaamisestaan, mutta sehän ei riitä, sitten pitää koko yhteisön onnistua, koko sen hoitopolun ja kaikkien ammattiryhmien pitää onnistua siinä ja yks ei voi paikata toista. Kyllä se kokonaisuus on sen yhteisön omaisuutta. Kyllä se yks lenkki voi vaikuttaa siihen, että se lopputulos ei oo hyvä, oli se kuka hyvänsä. (L3)

Jokaisessa vastauksessa tuotiin esille tiimityön merkitys hoidon onnistumiselle.

Huipputiimit on nostettu Sydänsairaalan strategiaan, jolla on haluttu korostaa osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Huipputiimi-käsite oli useimmille vaikea käsite ymmärtää, joka näkyi myös vastauksissa.

Se tarkoittaa sitä, että on kiinnostunut siitä potilaan hoidosta, että tuottaa hänelle parempaa hoitoa, mutta myös työskentelemään yhdessä muiden tiimiläisten kanssa, sillai, että tehdään yhdessä töitä ja suunnataan sitä laivaa sinne yhteiseen suuntaan. Yhdessä tekemistä potilaan kanssa. (H3)

Kyse on määritelmästä, että jos huipputiimillä tarkoitetaan sitä, että sillä on hyvä ammattitaito ja vertaisryhmässä hyvät tulokset, niin kyllä semmoista Sydänsairaalassa on. (L3)

Osalle oli helppoa nimetä henkilöitä huipputiimiinsä ja siihen kuului laaja-alaisesti eri ammattiryhmiä, osalle siihen kuului vain oman alan kollegoita.

Mä aattelen sen yksinkertaisesti niin, että me tehdään sillä huippuporukalla se työ niin hyvin, kun me sillä hetkellä osataan ja se on se huipputiimi. (H4)

Mutta osa vastaajista jäi miettimään, että tiimi ei voi olla kovin suuri ollakseen tehokas ja toimiva. Jotkut taas eivät mieltäneet vuodeosastoa lainkaan huipputiimiksi, koska se ei edellyttänyt mitään erityisosaamista.

Siihen huipputiimin jäsenyyteen liittyy se, että ois niinku teorian tiedot hyvät ja ajan tasalla olevat ja että sen tiimin sisällä teorian vaihto ja informaation vaihto ja oppiminen toinen toiseltamme olisi erityisen keskeisessä fokuksessa ja siinä tekemisessä. Sit joku erikoisvaikeaa homma, niin silloin sitä osaamista keskitettäs siihen, että meistä paras tekis jonkun erityisen vaikean, ettei me niinku harkitse mattomasti altistettas potilasta ongelmille. Tohon kysymykseen mä heti ajattelin, että mä kuulun xx-tiimiin ja xxx-tiimiin ja mun on aika vaikea mieltää vuodeosastoa huipputiimiksi. (L2)

Kyllä se aika iso se tiimi loppujenlopuksi on, jos ajattelee, että mitä tarvitaan, että joku asia on mahdollista tehdä. Mä haluan kuitenkin sit jollain tavalla kuitenkin viedä sen huipputiimin niin kuin suppeammaksi, jolloin mä aattelin sitä sillä tavalla, että se on se porukka, joka sillä hetkellä tekee jotakin yhdessä. Muuten se alkaa mennä niin isoks, jos siihen otetaan kaikki, jotka jollain tavalla vaikuttaa lopputulokseen, silloin tiimistä on vaikea alkaa puhumaan. Kyllä niiden jollain tavalla täytyy tuntea kuuluvansa yhteen jossain asiassa, kokea olevansa sitä samaa. (L6)

Huipputiimin johtamisrooli nähtiin useimmissa vastauksissa suunnan näyttäjänä, sparraajana ja mahdollistajana. Yhdessä vastauksessa tuotiin esille, että tiimiin pitää luottaa ja antaa autonomia toimia.

Tää on asiantuntijaorganisaatio, tää on tämmönen tiimi, jossa voi puhua ehkä enemmän vetäjästä ja kannustajasta tai sparraajasta, täähän ei oo mikään esimiestehtävä. Toimintopäällikkö on enemmän tiimin vetäjä, tämmönen suunnan näyttäjä, pitää olla jonkinlainen näkemys tästä johtamisesta, että mitä me tällä hetkellä tehdään ja mihin meidän pitäisi mennä. (L3)

Yhdessä vastauksessa johtamistyöhön nähtiin kuuluvaksi myös yhteistyö ja keskustelu muiden esimiesten kanssa, joiden pohjalta ohjataan omaa tiimiä kohti johdon antamia raameja.

Huipputiimin jäsenyys edellytti vastaajien mielestä riittävää ammattitaitoa, asennetta, omistautumista, vastuunottoa, innovointikykyä, motivaatiota, sitoutumista, mielenkiintoa, kehittämishalukkuutta, tietojensa päivittämistä sekä ymmärrystä omasta roolistaan ja sen merkityksestä kokonaisuudelle. Lähtökohta toiminnalle oli organisaatiolähtöinen, minkä asiantuntija näkee potilaan parhaaksi.

Mä luulen, et kaikki lähtee siitä omasta halusta tehdä työnsä hyvin, sen potilaan hyväks. Kun sä oot tiimissä, niin sä et voi mennä niinku mä haluun, vaan kyllä täytyy osata hieman eri näkövinkkelistä kattoo. (H3)

Vastaavasti huipputiimin toimintaa heikensi, jos kaikki eivät pelanneet kohti yhteistä päämäärää, motivaation puute, aika- ja taloudellisten resurssien puute, asenne, vähättelevä suhtautuminen toisiin, yhteistyökyvyttömyys, konfliktit, negatiivisuus, vuoropuhelun vähyys, passiivisuus, sitoutumattomuus, sooloilu, oman eduntavoittelu, keskinäinen kilpailu, kateus ja huono johtaminen.

Useimpien vastaajien mielestä kaikkien tiimiläisten ammattitaitoa ei vielä hyödynnetty optimaalisesti, mutta se nähtiin mahdollisuutena. Oppimishyötyä arvioitiin tulevan enemmän yksilölle kuin yhteisölle.

Vois aatella, että enemmän kuin ennen. Esimerkiks hoitopolkujen osalta otetaan hoitajiakin enemmän huomioon kuin ennen. (L4)

Jos mietin omaa tiimiäni, niin ei varmasti, hoitajien taitoa ei hyödynnetä, heillä on semmonen perusasiaa suorittava työnkuva. Oon suunnitellukin paljon, miten vois hyödyntää sitä hoitaja osaamista enemmän.(L5)

Varmaan siihen olis pyrkimys. Se oiskin se ajatus, että sais kaikki sellasille vastuualueille, sellasiin toimintoihin, että ne pääsee loistamaan ja on se oma motivaatiohalu tehdä sitä. (H3)

Kardiologian puolen tiimiyttäminen nähtiin ammattiryhmästä riippumatta selkiyttäneen toimintaa ja päätöksentekoa. Toisaalta toimenpiteiden määrä ja vaativuustason kasvu on vaatinut kapeuttamaan toimintakenttää, joka on puoltanut tiimiyttämistä. Vuodeosastojen näkökulmasta ei nähty vastaavaa hyötyä saavutettaneen organisaatiouudistuksella.

Kyllä tää koko ajan menee siihen suuntaan, mutta tää toiminta on niin erilaista toimenpidepuolella kuin osastotyössä. Ehkä osastopuolella ei ihan yhtä hyvin istu

tää tiimityöskentely, mitä se istuu noihin toimenpiteisiin, siellä on niin selkeästi se tiimi, joka tekee sen toimenpiteen. Osastolla se on sitten paljon vaikeampi, se ei oikein istu tänne osastotyöhön niin hyvin. (L6)

Jos mä aattelen mun tiimiä ja mun tiimin kannalta, niin kyllä siitä on ollu hyötyä, koska mä en aikaisemmin kauheesti saanu ittelleni työparia, että nyt mä tiedän kenen puheille mä meen, jos joku asia tulee mulle ja toisinkin päin, voin sitten jakaa. (H1)

Päällekkäistä työtä tunnistettiin tehtävän Sydänsairaalassa ja sitä voitaisiin vähentää prosessia, tehtävän- ja vastuunjakoa kehittämällä. Monessa vastauksessa tuli esille, että päällekkäistä työtä arvioitiin vain oman ammattikunnan sisältä käsin tai päällekkäisen työn merkitystä ei ollut pohdittu aiemmin.

Jos ajattelee, että eri ammattiryhmät, kuntoutusohjaaja ja nää, ne on fokusoitunu tiettyyn juttuun, että jos aatellaan, vaikka meidän toimintaa... Ehkä mä luulen, että se on enemmän tässä kliinisen hoitotyön alueella, jossa on sitä päällekkäisyyttä (H3)

Aiemmin tää yhteistyö näissä hoitosuunnitteluissa oli kirurgien ja kardiologien ja sydänanestesiologien välillä oli tiiviimpää, nyt se on eriytynyt. (L3)

Mä en varsinaisesti usko, että tehdään päällekkäistä työtä. Sellaista tupla- tai trip- lattyötä tehdään, jotain asioita tarkistetaan tai hoidetaan moneen kertaan, kirjataan samoja asioita useampaan eri paikkaan. On se varmaan jonkinlaista päällekkäisyyttä toki sitten. Ne on varmasti tommosia ammattikuntien välisiä nimenomaan lääkäri kirjaa jonkin asian jonnekin ja hoitajat saattaa kirjata jonkin asian hieman toisin sanoin, turhaa työtä varmasti monessa kohtaa, että semmoista päällekkäisyyttä on. Tavallaan, että samaa potilasta koskevaa asiaa hoidettas eri yksiköissä yhtä aikaa, et semmosta ei oo, että se prosessi on sillai katottu hyvin. (L5)

Muutamassa vastauksissa kiinnitettiin huomiota moninkertaisiin kirjaamiskäytäntöihin sekä oman ammattikunnan sisällä, mutta myös ammattiryhmien välillä näkökulman rajoituessa pitkälti vielä organisaation tarpeista lähteväksi.

Me ainakin, siis hoitotiede ja lääketiede tekee paljon turhaa päällekkäistä työtä, me kirjataan samoja asioita. (L6)

No tehdään kyllä päällekkäistä työtä. Yks merkittävä osa, mikä on lääkärin työssä merkittävä osa, on tää dokumentaatio ja sairauskertomuksen tekeminen. Niin niitä

samoja asioita puhutaan tekstistä toiseen, aina lähdetään alusta ja se on ihan epätarkoituksen mukaista... Hoitaja tuntuu kirjaavan asioita, vuodeosastolla toipumiseen liittyviä asioita, joita kuitenkin suurinta osaa ainakaan lääkäri ei lue. Siellä on joskus ihan tärkeitä asioita, jotka pahimmillaan ei oo tullu esiin kierrolla. Samoin fysioterapeutit kirjaa asioita paljon, hirveän pitkiä tarinoita ja tietysti on se sinne jatkohoitopaikan fysioterapeutille tärkeä viesti. Jonkinlainen integraatio voisi olla hyödyksi. (L2)

Parissa vastauksessa päällekkäisyyttä pohdittiin potilaan ja jatkohoidon tarpeen kautta.

... kun lääkäri tekee epikriisin, sen pitäisi olla suomenkielellä, että sikäli me ei tarvittais kuin yks epikriisi. Ehkä se on se hoitajan epikriisi, jonka se potilas oikeesti tarvitsee, mutta ei tarvis kuin yksi, jos se olisi suomenkielinen siltä lääkäriltä... Se minua kiusaa, että jommankumman pitäisi olla sellanen, jonka potilas ja terveyskeskuslääkäri ymmärtävät. Tk-lääkärit sanoo, etteivät ymmärrä meiltä tulleita epikriisejä. (H4)

Jos potilas joutuu jonkun akuutin tilanteen takia sairaalaan ja päätyy mille tahansa vuodeosastolle. Huomataan, että hän on jonossa jonnekin, ei ajatella, että hoituuko jonkin asian katsominen siellä samalla vai tarviiko sitä poliaikaa siirtää hieman tuonnemmaksi sen nykyisen tilanteen vuoksi. Siihen kun joku pysähtyisi miettimään. (H1)

5.4 Sosiaalinen pääoma

Riittävän vuorovaikutuksen ja yhteistyön määrä kiteytyy kommenttiin: *"Sais olla enemmän"* (H4). Pääsääntöisesti koettiin sen parantuneen perinteiseen sairaalaorganisaatioon nähden, mutta harva piti sitä vielä riittävänä kaikilla tasoilla.

Ei, tässä uudessa organisaatiomallissa toimintopäällikkötasolta puuttuu niinku tällainen keskusteluyhteys. (L3)

Se on ehkä tän tiimiyttämisen mukanaan tuoma semmonen negatiivinen puoli. Se että jos miettii tätä kardiologista yksikköä, jos meillä aiemmin oli täällä osastokoukset, nyt niitä on vähennetty, koska meillä on tiimipalaverit erikseen. (L5)

Kyllä mun mielestä, sehän on vaan parantunu. Ainakin, nyt niinku me lähiesimiehet, varsinkin kun nyt on nää yhteiset intressit, onko riittävästi henkilökuntaa. (H2)

Yksi vastaajista ei nähnyt saavutettavan kovin suurta lisäarvoa vuorovaikutuksen lisäämisellä, koska työnkuvat olivat niin erilaiset.

Ehkä tää on semmonen käytännön luoma tilanne, ainahan se vuorovaikutuksen lisääminen vois tuoda lisää arvoa siihen hoitoon. Emmä nyt kauheeta potentiaalia voimavirtaa sieltä näkis löytävän. (L2)

Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö nähtiin useimmin puutteelliseksi, paria hyvin toimivaa tiimiä lukuun ottamatta.

On, me aletaan olla aikalailla suljettu piiri, ihmiset alkaa aika hyvin tunteen toisensa ja se helpottaa sitä. (L4)

Tiimin sisällä toimii ilman muuta hyvin, koska se tavallaan tiiminä kokoontuu, se on parantunut tässä ilman muuta. (L5)

Sitä on kyllä aika vähän, jos nyt ajattelee jumppareita, niin vähän potilashoidon osalta, ei paljon muuta. Lääkäreiden kanssa, no jotain kahvipöytäkeskustelua, no sitten tietty enemmän sen kanssa, joka tässä osastolla enemmän on. Enemmän vois kyllä olla. (H2)

Ammattiryhmien välillä on todella vähän, ne on lähinnä tämmösiä koulutustyyppisiä tilaisuuksia. (L6)

Kyllä jos lähtee miettimään näitä meidän meeting-käytäntöjä, niin kyllä ne on aika antiikkisia sillä tavalla, että hoitajilla on omansa, erityistyöntekijöillä omat ja lääkäreillä omansa. Ja ihan kaikki asiat ei ole semmoisia, etteikö niitä voisi käsitellä yhteisessä meetingissä. (L1)

Käytännössä vuorovaikutuksen edistäminen eri yhteistyötahojen koettiin vaikeaksi yksiköiden etäisyyden vuoksi. Uuden Sydänsairaalan toivotaan tuovan helpotusta viimeksi mainittuun ongelmaan, mutta myös siihen, että tunnettaisiin toinen toisemme paremmin. Kokouksia ei haluttu lisäävän, mutta niiden sisältöä toivottiin jämäköitettävän. Hyviksi vuorovaikutusta lisääväksi keinoiksi mainittiin työkierto tai toisen työn seuraaminen, yhteiset ideointiriihet, kahvihuonekeskustelut, eri ammattiryhmien yhteispalaverien/ keskustelujen lisääminen. Seuraavassa sitaateissa kiteytyy vuorovaikutuksen merkitys yhteistyölle:

Kaikkihan lähtee siitä, että ihmiset tuntee toisensa ja siinäkin suhteessa on vähän puutteita, että ei tunneta sillä samalla horisontaalisella tasolla olevia ihmisiä ja niiden tapoja toimia. Pitäisi tehdä asioita yhdessä ja olla ehkä yhteisiä palavereja ja tapaamisia, niin että kohdattas näitä toisia entistä enemmän. Jos tehdään näitä töitä niinku toisista erillään, niin ei tätä vuorovaikutusta muodostu, sitä pitäis tuoda entistä enemmän yhteen. (L3)

Työkierto auttaa toisen työn ymmärtämistä ja parantaa ihan lähtökohtaisesti sitä yhteistyötä. Mutta tota ehkä se on näitten, tietyllä tavalla näitten toimenkuvien, me ollaan tietyllä tavalla kovin rajoittuneita siinä, mitä minä voin tehdä, okei, osa on tietysti määritelty laissa, mitä sä voit tehdä. Mutta paljon on sellasia asioita, että on vain sovittu käytäntö, missä mikin raja kulkee, ehkä pikkusen niitä kyseenalaistamalla voitais päästä kurkkaamaan sinne toiselle puolelle. (L1)

Osallistamisen ongelmaksi mainittiin yhteisen ajan löytäminen osittain jo vuorotyön takia, mutta vaikeimmaksi koettiin perinteisten toimintatapojen muuttaminen.

Kun on ollu näitä lääkäri-hoitaja yhteistyöpalavereja, mitä ongelmia, mitä kehitettävää. Se on ollu kuten ennenkin, että sinne tulee vaan se osastosta vastaava lääkäri. (H2)

Pidetään työparin kanssa palaveri 2-4krt/kk, jolloin mä kuulen tavallaan ne hoitajien asiat. Hän pitää hoitajien kanssa lyhyitä palavereja, niissä mä en ite oo ollu paikalla, joskus tietysti tuntuu, että sielläkin vois olla paikalla, että kuulis sen puolen. Veikkaan, että oma läsnäolo sitten vaikuttaa siihen, että mitä siellä sitten oikeasti puhutaan. No, sitten tietysti itsekin teen tota käytännöntyötä, niin toki näen hoitajien toimintaa ja näin ja samalla voi kommunikoida. (L5)

Luentosalitilaisuus, jossa yks puhuu ja muut kuuntelee ja lopuks on keskustelua, että tällainen perinteinen kokous tai tieteellinen tai ammatillinen tapaaminen ei oo tarkoituksenmukainen, jos halutaan kehittää vuorovaikutusta. Mutta jos jotain keskustelua käydään, niin sen pitäis tapahtua pienemmissä ryhmissä. Jos aatellaan esim. sydänvalvonnan kehittämistä, että jos siihen osallistuu kaikki Sydänsairaalan lääkärit, niin en usko että siitä tulee yhtään mitään. Mutta jos siihen osallistuu vaikka 2-3 kaikista henkilöstöryhmistä, sit vois saada jotain aikaseks tai ainakin avata niitä näkökulmia ja kuunnellakin, mitä sitten on sanottavana. (L3)

Yhteisöllisyyden merkitys organisaatiolle nähtiin hyvin eri tavoin vastaajien keskuudessa. Osa koki sen hyvin merkityksellisenä ja tärkeänä asiana.

Laivan ohjattavuus paranee, jos yhteisöllisyyttä pystytään parantamaan. (H3)

Että se huipputiimi ei pidä sisällään sitä pelkkää osaamista ja tekemistä, vaan sitä kaikkea muuta fiilistä. (H1)

Kyllä mä nään sen arvon hyvin suurena, tietysti siinä pitää olla kohtuuski, että sitten se kääntyy itteään vastaan, pahimmillaan se johtaa pieniin kuppikuntiin... (L1)
Varmasti, jos aidosti arvostetaan toisen työtä ja asenteistahan tää lähtee. Jos semmosta todellista arvostamista toisen töihin ei ole, jos on ylenkatsetta toisten ammatilliseen osaamiseen, silloin ei oo mitään edellytyksiä. Nää lähtee ihan käytöstavoista ja miten suhtaudutaan muihin. (L3)

Osalle yhteisöllisyyden merkitys ei ollut kovin suuri, vaan oma motivaatio työn tekemiseen syntyi muuta kautta tai yhteistyön kehittämisen motiivi on potilaan hyvä hoito.

Kyllä kai se siihen huipputiimi ajatteluunkin kuuluu, että tehdään yhdessä. Jos vaikka sihteerit saatas mukaan tällaseen, niin se motivaatio siihen työn tekemiseen olis parempi, et se auttas just siellä suorittavassa portaassa, nimenomaan niissä asioissa. Siellä se vois auttaa ja toimia työtyytyväisyydessä, tehokkuudessa ja motivaatiossa kaikessa tässä. Lääkärit on sitten taas semmonen toisenlainen, ollaan ehkä hakeuduttu sellasiin tehtäviin, joita haluaa tehdä, että se työmoraali on jo korkea automaattisesti, hoitohenkilökunnassa pitkälti sama juttu. (L5)

Tässähän mennään loppupelissä hyvin henkilökohtaiselle tasolle, eri ihmisten kanssa pärjää, toisten kanssa paremmin ja toisten kanssa huonommin, mutta keskityttäs siihen potilaan asiaan, ei ryppyotsaisesti, mutta niinku jouhevasti, jotta se homma etenee. Siinä olis kyllä kehittämisen sijaa. (L2)

Johtamisen keinot yhteisöllisyyden parantamiseksi nähtiin hyvin samantyyppisesti: yhteisen päämäärän tavoittelemisen, toisten arvostaminen, mahdollistaminen, tasa-arvoisuus ja –puolisuus, perustyön mahdollistaminen, läsnäolo, yhteinen arki, itsetuntemuksen parantaminen, oikeudenmukaisuus ja ristiriitojen käsittely.

Saadaan semmonen mielikuva siitä, että kaikki tähdätään kuitenkin sen potilaan hyödyksi, jokaisella on oma rooli tässä ja ymmärretään toistemme roolit ja arvostetaan toisiamme. Meillä on sama päämäärä. (L4)

Niin parhaiten se onnistuu, kun oot päivän kaks siellä läsnä, aistit paljon enemmän. Mä näen sen tärkeänä, että olen paikalla, ehdottomasti. (H1)

VI YHTEENVETO

6.1 Asiakasymmärryksen ja asiakaslähtöisyyden merkitys mielenrauhalle

Asiakasymmärrys, se mitä hyötyä potilaat saavat hoidoista, pidetään tärkeänä tulevaisuuden kilpailutekijänä, mutta se nähtiin tuotettavaksi vielä organisaation näkökulmasta. Kuitenkin terveydenhuollon nykyiseksi tehtäväksi on määritelty yksilön elämänhallinnan lisääminen ja voimaannuttaminen ammattilaisen toimiessa potilaan tasaveroisena rinnalla kulkijana. (vrt. myös STMa. 2006; Virtanen & Stenvall.2014; Miettinen & Pelkonen 2000.).

Haastatteluissa tunnistettiin potilaan kokemuksen merkitys hyvälle asiakaspalvelulle ja mielenrauhalle, mutta lähtökohtana pidettiin useimmiten ammattilaisten näkemystä hyvästä hoidosta ja asiakastyytyväisyyttä. Potilaan tasavertaisesta kohtaamisesta puhuttiin ja ymmärrettiin sen merkitys, mutta harva näki vielä potilasta tasaveroisena asiantuntijana ammattilaisen rinnalla. Potilas otettiin mukaan päätöksentekoon, mutta ammattilaisten osallistamisen motiivi painottui enemmän potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeuteen (vrt. 785/1992 laki potilaan asemasta ja oikeuksista) kuin tasaveroiseen asiantuntijuuteen potilasta koskevassa päätöksenteossa.

Haastatteluissa potilas tunnustettiin oman terveytensä asiantuntijaksi, mutta hoidon vastuunkantajana pidettiin edelleen lääkäriä, jos päätös oli lääkärin suosituksen mukainen, koska potilas oli harvoin kykenevä arvioimaan ja ymmärtämään kaikkia hoitoonsa liittyviä riskejä. Potilaan oikeuksiin ja vastuuseen liittyvä ristiriita aiheutti pohdintaa, jos potilas ei noudattanut sovittuja ohjeita.

Ammattilaisten vastuulla on tarjota potilaalle riittävästi tietoa sairauteen annetuista hoitosuostutuksista ja niihin liittyvistä riskeistä sekä neuvotella potilaan kanssa näistä hoitovaihtoehtoista, joiden avulla potilas voi tehdä hoitopäätöksen ja ottaa vastuun omasta terveydestään. (vrt. Realpe & Wallace. 2010). Asiantuntijan vastuulle jää esim. hoitotoimenpiteen laadukas tekeminen, sen sisällön laadukkuutta potilas ei kykene arvioimaan. Vastaavasti taas asiantuntija ei voi vastata siitä, että potilas noudattaa annettuja hoito-ohjeita. Tarvitaan tasavaroisempaa vallan ja vastuunjakoa sekä uuden ajattelutavan omaksumista. Tarvitaan syvää

sitoutumista, tahtoa ja vuoropuhelua, jossa punnitaan avoimesti vaihtoehtoja ja arvioidaan riskejä yhdessä.

Herbert Simon kehitteli 1970-luvulla rajoitetun rationaalisuuden -käsitteen, jossa hän toteaa, että ihminen voi vain osittain olla rationaalinen, mutta suurelta osin päätökset syntyvät irratiionaalisesti ja emootioihin pohjautuen. Yksinkertaistettuna inhimillisen päätöksenteon rajoitteena on ihmismieli ja toiseksi muuttujia on liikaa. Kaikkia näkökulmia on mahdotonta ottaa huomioon, joten joudutaan tyytymään hyvään parhaan sijasta. (Simon 1996). Asiantuntijalla on tieto parhaasta mahdollisesta hoidosta ja asiakkaalla on paras mahdollinen tieto hänen tervettä edistävästä keinoista, näiden kahden tasaveroisella näkemyksen yhdistämisellä asiakkaan kokema terveys ja hänen kykynsä selviytyä arjessa paranevat.

Perinteinen terveydenhuollon ohjaus on pohjautunut tiedon jakamiselle, joiden pohjalta rationaalisesti toimivan ihmisen on oletettu muuttavan käytöstään. Hoitosuositukset ovat laadittu tautikohtaisiksi suosituksiksi, joten tarvitaan ammattilaista jalostamaan suositus potilaan elämänlaatua parantavaksi hoidoksi. Tarvitaan myös potilasta, joka ottaa vastuun jäljellä olevasta terveydestään ja sitoutuu hoitoonsa.

Muutosta tarvitaan, koska tiedetään, että potilaiden sitoutuminen esim. lääkehoitoonsa on huonoa (esim. WHO.2003; Roine. 2014). Tiedon lisäksi tarvitaan motivointia ja potilaan osallistamista itsensä hoitoon. (esim. Vertio.2009; Mustajoki & Kunnamo. 2009). Jos potilaat otettaisiin tasavertaisemmin mukaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon, voitaisiin edistää heidän sitoutumista hoitoonsa (esim. Lewin ym. 2001; Immonen ym. 2002; Epstein ym. 2005; Langendoen 2004; Stewart. 2000).

Potilaat voimaantuisivat (esim. Tuorila. 2009; Toiviainen. 2011; Kvist. 2004; Laitinen. 2014) hoitamaan itseänsä paremmin, kun heidät kohdattaisiin tasaveroisina asiantuntijoina ja päätöksentekijöinä. Potilaan tarvitsema apu erikoissairaanhoidolta on murto-osa potilaan koko elinkaaressa, mutta sen vaikutukset elinkaareen ovat laajakantoiset. Muutamissa vastauksissa kiinnitettiin huomiota siihen, että potilaiden hoitoajat ovat niin lyhyitä, että vasta kotona nousee kysymyksiä, mitä on oikein tapahtunut. Ammattilaisten tehtävä onkin turvata potilaan osallistaminen erilaisissa rajapinnoissa ja elämänvaiheissa.

Sydänsairaalassa on monenlaisia asiakkuuksia, jotka saattavat vaihdella hoitojakson aikana auktoriteettisuhteesta kumppanuuden kautta valmennukseen. Se vaatii ammattilaisilta entistä parempaa kykyä arvioida muuttuvaa tilannetta potilaan kohtaamisessa. Monissa haastatteluissa tuotiin esille, että potilaat mielellään jättävät päätöksenteon ammattilaisille. (vrt. Toivainen. 2011). Palvelulogiikan muutos, jossa asiakas nähdään subjektina objektin sijaan, vaatii myös potilaiden opettamista vastuunottajiksi (Tuulaniemi. 2011, Grönroos.2009, Virtanen ym. 2011; Poikela, 2010). Haastatteluissa tuotiin esille hyviä esimerkkejä yksilöiden kehittämistä toimintatavoista, joilla potilaita oli osallistettu enemmän hoitoonsa. Ne pitäisi vielä kyetä muuttamaan yhteisön voimavaraksi.

Toiminnan kehittäminen nähtiin tärkeäksi, mutta organisaatiolähtöisestä näkökulmasta katsottuna keinot koettiin jo pitkälti hyödynnetyiksi. Osa näkikin mahdollisuuksia toiminnan kehittämiseksi huomioimalla paremmin asiakkaan näkökulman.

6.2 Oppiva organisaatio ja sosiaalinen pääoma huipputiimin rakentajina

Oppivan organisaation kriteereinä pidetään jatkuvaa kehittymistä, yhteistä visiota ja tiimiytymistä. (Senge. 1990). Organisaation prosessia on kuvattu kellon rattaistona, jossa kaikki toimii hyvin, kun jokainen tekee oman osuutensa. Oppiva organisaatio menee vielä askeleen pidemmälle, sillä parhaimmillaan se on enemmän kuin osiensa summa, jota ei voi enää palauttaa alkuperäiseen tilaan. Haastatteluissa tuotiin esille muutoksen vaatima jatkuvaa kehittämistä ja oppimishalukkuus, mutta yhdessä tekeminen keskittyi lähinnä oman ammattiryhmien sisällä tapahtuvaksi.

Haastatteluissa osaaminen koettiin enemmän yhteisön osaamiseksi kuin yksilön. Yhdessä määritellyjä keinoja tavoitteeseen ei tuotu esille, vaan jokaisen tiimiläisen pitää tehdä oma osansa kokonaisuudessa. Mahdollisuutta hyödyntää muiden osaamista ryhmässä eli yhdessä oppimista ei vielä kovin hyvin tunnistettu. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen painopiste nähtiin enemmin siilomaisen (Koivuniemi ym. 2011 & 2014) työskentelyn aiheuttaman päällekkäisyyksien poistamisena kuin vielä varsinaisena yhdessä oppimisena. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää asiantuntijuuden autonomiasta luopumista, jolloin myös yksilön osaamisesta ja ammattitaidosta tulee yhteisön omaisuutta. (esim. D'Amour ym. 2005).

Vastauksissa oli nähtävissä viitteitä moniammatillisesta yhteistyöstä tai ainakin halusta ja aikomuksesta kehittää toimintaa siihen suuntaan oman tiimin osalta. Tiimiytyminen on vasta alussa, eikä niissä tunneta vielä kaikkia tiimiläisiä kovin hyvin, joten luottamus ja yhteenkuuluvuus ovat vasta kehittymässä. Profioiden välinen yhteiskehittely oli vielä varsin vähäistä.

Huipputiimiys käsitettiin haasteltavien keskuudessa hyvin eri tavalla. Osa oli mieltänyt sen yhteenkuuluvuutena, jossa jokaisen tiimiläisen työpanos on merkityksellinen. Osalle se tarkoitti pientä erityisosaamista vaativaa ryhmää. Kirjallisuudesta löytyy monenlaisia määritelmiä. esim. Sanerma (2009, 95–103) määritteli väitöskirjassaan tiimin pieneksi ryhmäksi ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja, jotka yhteisvastuullisesti ja tiiviissä yhteistyössä suorittavat tiettyä työkokonaisuutta. Kun taas vastaavasti moniammatillisessa yhteistyössä säilytetään omat ammatilliset roolit ja osaaminen ja keskeistä on keskinäinen yhteistyö ja –toiminta omissa rooleissaan ammatillisia rajoja ylittämällä.

Sairaaloissa tehdään monen tyyppistä tiimityötä, esim. perinteisessä salityöskentelyssä tarvitaan saumatonta yhteistyötä, jossa täydennetään toisen taitoja. Vastaavasti vuodeosastolla voidaan puhua enemmän moniammatillisesta yhteistyöstä, jossa jokainen tiimin jäsen tuo oman erityisosaamiseensa yhteistyöhön dialogin ollessa avointa ja toista arvostavaa eri ammattiryhmien välillä. Sydänsairaalan strategian huipputiimi -ajatteluun on pyritty yhdistämään nämä molemmat sekä tiimi- että moniammatillinen yhteistyö, joka ilmeisesti vaikeutti käsitteen ymmärtämistä.

Uuden tiedon jalostamista toiminnaksi tehdään hyödyntämällä uusia hoitosuosituksia ja tutkimustuloksia. Toiminnan jalostaminen palveluksi vaatisi asiakkaan mukaan ottamista toiminnansuunnitteluun. Sydänsairaalan strategiassa määritellään potilas otettavaksi keskiöön, jolle hoito suunnitellaan eli toimitaan potilaskeskeisesti (vrt. Virtanen ym. 2011). Potilaspaletta kerätään jatkuvasti ja niiden avulla pyritään palvelua parantamaan, mutta palvelua suunniteltaessa asiakkaita ei osallisteta suunnitteluun. Hoidon laatua mitataan ja arvioidaan pitkälti lääketieteellisillä mittareilla, jotka mittaavat toiminnan tehokkuutta. Vähäiselle huomiolle jää potilaan voimaannuttaminen ja osallistaminen, joiden katsotaan edistävän hoitositoutumista ja hoidon vaikuttavuutta. (Bate & Robert. 2006., Rannisto ym. 2014, Laitinen. 2014, Koivuniemi ym. 2011 & 2014, Virtanen ym. 2011, Bessant ym. 2009, Realpe & Wallace.2010, Virtanen & Stenvall. 2014, Pitkälä 2005, WHO. 2003)

Johtamistehtävässä vuorovaikutuksen merkitys organisaation toiminnan kehittämiseksi nähtiin hyvin eri tavoin. Useimmat kokivat, ettei vuorovaikutusta koskaan ole riittävästi ja toisaalla osa ei tunnistanut vuorovaikutuksen ja osallistamisen merkityksellisyyttä tuottavuutta ja arvoa lisäävänä toimintana. (vrt. mm. Kultanen. 2009; Seppänen. 2005). Tehokkuuden arvostamista toiminnan ohjaajana kuvaa oheinen kommentti, jossa pohdittiin yhteisen aamukahvihetken merkitystä yhteisöllisyydelle: *”Koen olevani tehoton, jos en kahvitauolla tee samanaikaisesti töitä.”* Osa näkikin johtamistehtävänsä enemmän asioiden kuin ihmisten johtamisena.

Vastaavasti osa tunnisti johtamistehtävän pitävän sisällään nimenomaan mahdollistajan ja sparraajan roolin. Luottamuksen ja toisen arvostuksen rakentamista pidettiin haastatteluissa tarpeellisena ja siinä nähtiin puutteita. Niiden lisäksi kaivattiin enemmän yhteisiä tapaamisia varsinkin eri ammattiryhmien ja yksikköjen välillä. Lisää kokouksia ei toivottu, vaan ehdotettiin esim. meeting-käytäntöjen muuttamista ja yhteisiä kahvipöytäkeskusteluja. Työkiertoa tai mahdollisuutta tutustua toisen yksikön toimintaan pidettiin myös toisen työn ymmärrystä tai yhteisöllisyyttä lisäävinä keinoina. Johtamistehtävään nähtiin kuuluvaksi asioiden johtamisen lisäksi myös ihmisten johtaminen. (vrt. Miettinen. 2007; Rannisto ym. 2014; Hyrkäs. 2009).

VII POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Miettinen (2007) ja Rannisto ym. (2014) pitävät työyhteisöjen uudistamisen ja kehittämisen perustana oppivaa organisaatiota. Sen keskeisenä edellytyksenä on organisaation kyky tulkita ja vastata toimintaympäristön muutoksiin. Johtamisessa korostuu ihmisten ja tiedon johtaminen. (Miettinen. 2007, 260–274; Rannisto ym. 2014. 124–125). Maailma on monimutkaistunut ja sen myötä yksiselitteisten ratkaisujen määrä on vähentynyt. Tietoa on ylen määrin tarjolla samoin vaihtoehtoja, jotka vaikeuttavat päätöksentekoa. (esim. Wenger.1998; Hakkarainen. 2000). Terveydenhuollon tavoitteena on yksilön elämänhallinnan lisääntyminen. Se vaatii palvelulogiikan muutosta, jossa potilaat nähdään oman terveytensä asiantuntijoina ja toiminnan kanssasuunnittelijoina. (vrt. esim. Miettinen & Pelkonen. 2000; Rannisto ym. 2014; Prahalad & Ramaswamy. 2004; Virtanen & Stenvall. 2015; Virtanen ym. 2011;).

Sydänsairaalassa toimintaperiaate on potilaskeskeinen, jossa toimintaa ohjaa ammattilaisten näkemys laadukkaasta hoidosta. Osa haastateltavissa pelkäsi, että palvelun parantaminen vie tilanteeseen, jossa potilas on pikemminkin terveyttä ”shoppaileva” kuluttaja kuin hoitoonsa sitoutunut valmennettava. (vrt. esim. Leväsluoto & Kivisaari.2012; Stenvall ym. 2012; Pärnä. 2012; Kivinen. 2008).

Osa haastateltavista koki, että tarvittaisiin näkökulman laajentamista vaikuttavuuden parantamiseksi, ja vastaavasti osa pelkäsi sen johtavan asiakkaiden ylivaltaan. Kuitenkin kaikki haastateltavat kokivat, että onnistuminen potilaan hoidossa vaatii rinnallensa laadukkaana hoidon lisäksi potilaan positiivisen kokemuksen. Ammatilaisen hyvä ei yksin riitä, vaan tarvitaan molempien näkemyksiä. Potilaan osallistamista oli nähtävissä yksilötasolla, mutta ei vielä yhteisesti sovittuina toimintatapoina. Toiminnan menestymisen edistämisessä nähtiin erittäin tärkeäksi hoidon laadun ohella potilaan kokemuksen huomioiminen ja kehittäminen. Sitä pidettiin jopa mahdollisuutena erottautua muista kilpailijoista. Palvelun kohtaamista (vrt. kuva 8) voitaisiin parantaa kiinnittämällä huomiota potilaan voimaannuttamiseen ja osaamisen parempaan hyödyntämiseen. (Virtanen & Stenvall. 2014)

Potilaslähtöinen ajattelu vaatisi asiakkaan ottamista mukaan toiminnan suunnitteluun sekä hänen näkemistään tasaveroisena päätöksentekijänä. Suurimmaksi esteeksi näkökulman muuttamiselle tässä tutkimuksessa nousivat ammattilaisten ja potilaiden välisiin vastuisiin ja oikeuksiin liittyvät käsitykset (vrt. D’Amour ym. 2005; Petri.2010; Isoherranen. 2012; Isosääri. 2008) sekä otetaanko näkökulmaksi potilaan sairaus vai jäljellä olevan terveyden ylläpitokeinot (vrt. esim. Koivuniemi ym. 2014 & 2011; Pitkälä ym. 2005; Routasalo. 2009; Rannisto 2014; Virtanen ym. 2011; Virtanen & Senvall2014; Tuorila.2000; Realpe & Wallace. 2010).

Aihe ei ole yksinkertainen, se horjuttaa perinteisiä toimintatapoja, jotka ovat pohjautuneet sairauden hoidon näkökulmaan sekä lainsäädäntöön. (vrt. esim. Vähäaho.2002; Pärnä. 2012; Engström. 2004). Viimeaikaisissa hoitosuosituksissa on korostettu potilaiden vastuunottoa omasta terveydestään, koska potilaiden sitoutuminen hoitoonsa on huonontunut, vaikka tietoisuus sairauksien riskitekijöistä on kasvanut. (esim. WHO. 2003; STMa. 2006; Routasalo ym. 2009).

Yhteiskehittely (Co-creation) tuntui vielä olevan suurimmalle osalle haastatelluista vieras tapa toiminnan kehittämiseen. Siinä korostetaan potilaan ja ammattilaisen yhdessä rakennettua toimintatapaa, jossa asiantuntija nähdään kumppanina tai valmentajana. Sydänsairaalassa kehitetään tällä hetkellä toimintaa Lean-ajattelun avulla, hukkaa ja turhaa karsitaan prosesseista. Tärkeää olisi miettiä, kenen näkökulmasta turhaa poistetaan. Potilaiden mukaan ottamisella toiminnansuunnitteluun voitaisiin saada luotua myös lisäarvoa prosessiin samanaikaisesti, kun turhaa karsitaan pois.

Näkökulman valitseminen on tärkeää, jotta mitään arvokasta ei karsita samanaikaisesti pois. Esimerkkinä voi toimia haastatteluissakin mainittu kirjaamisen päällekkäisyys, jonka ongelmaksi koettiin ajankäyttö, kun useat ammattiryhmät kirjaavat samoja asioita sairauskertomukseen, toiseksi jatkohoidon turvaaminen ja kolmanneksi potilas ei aina ymmärrä annettuja ohjeita ja suunnitelmia. Kirjaamistarpeelle on olemassa useampi funktio, sen tarkoituksena on dokumentoida hoitoa eli turvata lainsäädännön antamat velvoitteet ammattilaisille. Toisena tehtävänä sillä on turvata potilaan jatkohoito ja kolmantena sen tarkoitus on antaa tietoa potilaalle, jotta hän olisi kykenevä osallistumaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. Tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, jotta voidaan karsia turhaa pois menettämättä mitään arvokasta ja tärkeää samanaikaisesti.

Moniammatillisessa yhteistyössä nähtiin tärkeäksi osaamisen jatkuva kehittäminen, useimmissa vastauksissa puhuttiin vielä yksilön osaamisen ylläpidosta ja kehittämisestä ei niinkään yhdessä oppimisesta. Tarvittaisiin professioiden välisen yhteistyön lisäämistä, se vaatii hyvän yhteishengen luomista, luottamusta ja dialogia, jotta uskalletaan ylittää nämä perinteiset hierarkkiset rajapinnat. (vrt. esim. Kettunen & Gerlander.2013; Rajakaltio. 2005; Collin ym. 2010; Engeström. 2004. Koivuniemi ym. 2014).

Sosiaalisen pääoman vähyyttä kuvattiin sooloiluna ja sitoutumattomuutena yhteisiin toimintaperiaatteisiin, mutta myös toisen työn arvostamattomuutena ja epätasa-arvoisuutena. Koskelan väitöskirjassa (2013) kiteyttiin moniammatillinen yhteistyö luottamukseksi, joka saavutettiin avoimella vuorovaikutuksella. Väitöskirjatutkimuksissa on todettu, että perinteinen tehtävänjako (Isoherranen. 2012) ja vuorovaikutusareenoiden puute (Rajakaltio. 2005) hankaloittivat moniammatillista yhteistyötä. Nämä molemmat puutteet nousivat myös esille tämän tutkimuksen haastatteluissa.

Kaikki tunnistivat yhteisöllisyyden tai hyvän yhteistyön hyödyttävän potilasta, tuovan hänelle mielenrauhaa ja parantavan hoidon laatua. Asiakas aistii ilmapiirin, joka vaikuttaa hänen kokemukseensa. Tämän saman on todennut Merja Fischer (2012) väitöskirjatutkimuksessaan, asiakaspalveluhenkilöiden kokemukset työilmapiiristä ja työnsä merkityksellisyydestä, vaikuttivat asiakkaan kokemaan palvelun laatuun ja liiketoiminnan kannattavuuteen.

Eniten erilaisia käsityksiä tuli esiin huipputiimiin kuulumisessa. Sen avaamiseen kaivataan lisää dialogia, mitä sillä tarkoitetaan Sydänsairaalan strategiassa. Joskus kaikille tutun käsitteen takaa voi paljastua hyvinkin erilaisia käsityksiä aiheesta, jotka vaikeuttavat toimintaa. Joissakin huipputiimeissä oli nähtävissä merkkejä tiedon jalostamisesta ja hyödyntämisestä potilaan hyödyksi, näitä käytäntöjä olisi hyvä saada laajennettua läpi kaikkien tiimien ja hoitoketjujen. Tiimeistä todettiin myös, etteivät ne saisi olla liian isoja, jotta sinne saadaan luotua riittävästi yhteisöllisyyden elementtejä.

Dialogin merkityksellisyyttä on korostettu viime vuosina, koska tiedon ja asiantuntijuuden merkitys on muuttunut. Korkeimman tiedon ja asiantuntemuksen ei katsota enää olevan vain johdolla vaan enemminkin työntekijöillä ja se pitäisi jalostaa hyötykäyttöön. Dialogin ajatellaankin olevan syväkuuntelua, yhdessä ajattelua, ongelmanratkaisua ja yhdessä oppimista. Sitä pidetään oivana kehittämisenkeinona, jonka avulla saadaan käyttöön koko henkilöstön osaaminen, motivaatio ja luovuus. Dialogisen organisaation katsotaan vahvistavan työmotivaatiota ja organisaation uusiutumiskykyä ja sitä kautta tuottavuutta. (Syvänen ym. 2015). Dialogin merkitystä ei pidä aliarvioida, se on tullut esille myös tässä tutkimuksessa esitellyssä kirjallisuudessa. Nykyiset toiminnan mittarit vain mittaavat tehokkuutta enemmän kuin vaikuttavuutta. Organisaation runsas ja monensuuntainen vuoropuhelu pitää nähdä arvoa tuottavana toimintana, jota pitäisi opetella hyödyntämään jatkuvasti entistä paremmin.

Lähteet

- Aaltio-Marjosola, Iris. 1999. Case-tutkimus metodisena lähestymistapana. www.metodix.com. Luettu 3.7.2015.
- Aaltonen, Petri. & Ikävalko, Heini. 2002. Implementing strategies successfully. Journal of Manufacturing Technology Management. Vol. 13, Iss. 6, pg. 415
- Abbott, Andrew. 1988. The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. The University of Chicago Press. Chicago & London.
- Appelbaum, S. & Normand, St-P. & Glavas, W. 1998. Strategic organizational change: the Role of Leadership, Learning and Productivity. Management Decision, 36/5.
- Arantola, Heli & Simonen Kimmo. 2009. Palvelemisestä palveluliiketoimintaan –Asiakasymmärrys palveluliiketoiminnan perustana. Tekesin katsaus 256/2009. Helsinki. DTPage Oy.
- Atkinson, H. 2006. Strategy implementation: a role for the balanced scorecard? Management Decision 44 (10).
- Autio, Minna & Helovuori, Susanna & Autio Jaakko. 2012. Potilaskuluttajan ja lääkärin muuttuvat roolit sähköistävillä terveystietotekniikoilla. Kuluttajatutkimus. Nyt. 2/2012.
- Batalden, Maren & Batalden, Paul & Margolis, Peter & Seid, Michael & Armstrong, Gail & Opiari-Arrigan, Lisa & Hartung, Hans. 2015. Coproduction of healthcare service. BMJ Quality and Safety. Saatavissa <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/16/bmjqs-2015-004315.full.pdf+html> luettu 2.4.16.
- Bate, Paul & Robert, Glenn. 2006. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. Quality & Safety in Health Care. Iss. 15.
- Bessant, John & Maher, Lynne. 2009. Developing radical service innovations in healthcare – the role of design methods. International Journal of Innovation Management. Vol. 13. Iss. 4.
- Bowen, D. & Schneider, B. 2014. A Service Climate Synthesis and Future Research Agenda, Journal of Service Research, Vol. 17 (1).
- Burr, Vivien. 1995. An Introduction to Social Constructionism. London: Routledge
- Collin, Kaija & Paloniemi, Susanna & Mecklin Jukka-Pekka. 2010. Promoting inter-professional teamwork and learning – the case of the surgical operating theatre. Journal of Education and Work. Vol 23, No. 1.
- D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. & Rodrigues, L. & Beaulieu, M. D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, 19, 116 – 131.
- Duodecim. Käypä hoito. 2014. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito> luettu 22.12.2014.
- Engeström, Yrjö. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Epstein RM & Franks P. & Fiscella K. & Shields CG & Meldrum SC & Kravitz R. & Duberstein P. 2005. Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. Social Science & Medicine. Vol. 61. Iss. 7. October.
- Eriksson Susan. 2002. "Hoitajan asiantuntemus on aika vankka" –sairaanhoidon ammatilliset tulkinnat. Teoksessa Asiantuntijoiden areenat. Pirttilä, I. Ja Eriksson S. (toim.). Kopijyvä Oy. Jyväskylä.

- Eräsaari, Risto. 2002. Avoimen asiantuntijuuden analytiikka. Teoksessa Asiantuntijoiden areenat. Pirttilä, I. Ja Eriksson S. (toim.). Kopijyvä Oy. Jyväskylä.
- Fischer Merja. Linkages between employee and customer perceptions in business-to-business services. Towards positively deviant performances. Aalto-yliopisto, 2012.
<https://aaltodoc.aalto.fi/handle/123456789/3515> Luettu 23.3.2016
- Gadamer, Hans-Georg. 2004. Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Vastapaino. Tampere
- Gardner S F, Chamberlin GD, Heestand DE, Stowe CD. Interdisciplinary didactic instruction at academic health centers in the United States: Attitudes and barriers. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2002:7
- Gummesson, E. 2000. Qualitive Methods in Management Research. 2. edition. Thousand Oaks, CA, USA, Sage Publications Inc. 250 p.
- Grönroos, Christian. 2009. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. Juva. WSOY.
- Haapakoski, Arja. 2002. Suuren ja pienen tarinan välissä –uusien asiantuntijaryhmien ammatillisen tiedon rakentuminen. Teoksessa Asiantuntijoiden areenat. Pirttilä, I. Ja Eriksson S. (toim.). Kopijyvä Oy. Jyväskylä.
- Haaparanta, Leila & Niiniluoto Ilkka 1995. Johdatus tieteellisen ajatteluun. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Hakkarainen Kai. 2000. Oppiminen osallistumisen prosessina. Aikuiskasvatus 2 (2000)
- Hakkarainen, Kai & Lonka, Kirsti & Lipponen, Lasse. 2000. Tutkiva Oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Harisalo, Risto. 2011. Luovuuden teknologia. Ideointimenetelmät organisaatioiden luovuuden vahvistajina. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Harisalo, Risto. 2013. Taloudellisen kehityksen aallot. Teoksessa Laitinen I., Harisalo R., Stenvall J. (toim.). Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Suomen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara Paula. 2013. Tutki ja kirjoita. Bookwell Oy. Porvoo.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2011. Tutkimushaastattelu. Haastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki University Press. Tallinna.
- Hyrkäs, Elina. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Digipaino.
- Hänninen, Vilma. 2000. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Tampere
- Isaacs, William. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Kauppakaari. Helsinki.
- Isoherranen, Kaarina. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY. Helsinki.
- Isoherranen, Kaarina. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Unigrafia. Helsinki.
- Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen, Raija. 2008. Enemmän yhdessä –moniammatillinen yhteistyö. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Isosaari, Ulla. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatiossa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Acta Wasaensia, 188. Vaasan yliopisto. Saatavissa http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-217-5.pdf luettu 10.1.2015.

- Janhonen, M. 2010. Tiedon jakaminen tiimityössä. Työterveyslaitos. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 39. Helsinki.
- Juhila, Kirsi. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Juuti, Pauli & Luoma, Mikko. 2014. Henkilöstöjohtamisella uutta virtausta uudistuviin kuntapalveluihin. Teoksessa: Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Uudistumisen sykettä palveluihin. Toim. Pakarinen T. & Mäki T. Bookwell Oy. Porvoo
- Järvikoski, Aila & Hokkanen, Liisa & Härkänen, Kristiina. (toim.). Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisen lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009. Yliopistopaino. Helsinki.
- Järvinen, Minna-Kaisa. 2006. Asiakas-työntekijäsuhteen dialoginen arviointi kriminaalihuollossa. <http://kotisivut.ainaratkaisui.fi/service/xpublisher/files/892.pdf> Luettu 20.9.2015.
- Kaivola, T. & Launila, H. 2007. Hyvä työpaikka. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kankare, Harri & Virjonen Kaija. 2014. Rajapinnat moniammatillisessa kehittämistyössä. Pro terveys. Terveystieteen akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry:n lehti. 2/2014.
- Katisko, Marja & Kolkka, Marjo & Vuokila-Oikkonen, Päivi. 2014. Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Malli työssäoppimisen ja ammattitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2014:2. Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Khalifa, Azaddin Salem. 2004. Customer value: a Review of Recent Literature and an Integrative Configuration. Management Decision. Vol 42. Iss.5. pp 619-627. Saatavissa <http://helios.uta.fi:2186/doi/pdfplus/10.1108/00251740410538497>. Luettu 6.11.2014
- Kettunen, Tarja & Gerlander, Maija. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa.. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet. Aaltonen & Rosenberg (toim.). Tammerprint Oy. Tampere.
- Kiikkala, Irma. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Hyvinvointivaltion palveluketjut. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Kivinen, Tuula. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Kopijyvä. Kuopio 2008.
- Koivumäki, Jaakko. 2008. Työyhteisöjen sosiaalinen pääoma. Tutkimus luottamuksen ja yhteisöllisyyden rakentumisesta ja merkityksestä muuttuvissa valtion asiantuntijaorganisaatioissa. Tampere University Press.
- Koivuniemi, Kauko & Holmberg-Marttila, Doris & Hirsso, Päivi & Mattelmäki, Ulla. 2014. Terveydenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Duodecim. Livonia Print. Riika
- Koivuniemi, Kauko & Simonen, Kimmo. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu.
- Kokko Riitta-Liisa. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Research Reports 72/2003. Yliopistopaino. Helsinki. Saatavissa http://www.kuntoutussaatio.fi/files/1590/Kokko_tutkimuksia_72.pdf Luettu 15.11.14.
- Kontio, Mari. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA-hanke. Oulu.
- Korhonen, Vesa. 2005. Työn ja oppimisen verkostot - näkökulmia sosiaalisen pääoman kehkeytymiseen. Teoksessa Oppiminen ja sosiaalinen pääoma. Poikela, Esa (toim.). Tampere University Press.

- Korhonen, Satu, & Leppänen, Juha & Koponen, Johannes & Neuvonen, Aleksi & Lahtinen, Veikko & Parkkinen, Maari & Parkkinen Juuso & Sandelin, Iris .2014. Terveystulevaisuudet. Pohjaselvitys suomalaisten terveyteen vaikuttavista ilmiöistä. Demos Helsinki. Tekes. S http://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2014/11/terveydentulevaisuudet_1_demoshelsinki.pdf luettu 20.2.16
- Korvenranta, Heikki. 2010. Tulevaisuuden sairaala. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 8/2010. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki.
- Koskela, Seija. 2013. "Mie teen vaan oman työni" Toimintatutkimus monimmatillisen yhteistyön ja ohjausosaamisen kehittämisestä. Jyväskylä University Printing House. Jyväskylä.
- Koskinen, Ilpo & Alasuutari, Pertti & Peltonen, Tuomo. 2005. Laadulliset menetelmät kauppatieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kulmala, Sanna. 2006. Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print. Tampere. Saatavissa <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67610/951-44-6615-2.pdf?sequence=1> luettu 16.11.14.
- Kultanen, Timo. 2009. Tunneälytaidot. Esimiesvalmennus ICT-alalla. Sosiaalisen innovaation suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Kuusela, Hannu & Neilimo, Kari. 2010. Kaupan strategiaosaaminen. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kvist, Tarja. 2004. Hodon laatu- potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kopijyvä. Kuopio.
- Laine, Nina. 2008. Trust in Superior-Subordinate Relationship. An empirical study in the context of learning. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Laine, Timo. 2015. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli R., Aaltola J. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Ps-kustannus. Jyväskylä.
- Laitinen, Ilpo. 2013. Palveluiden tuottaminen asiakkaan kanssa. Teoksessa Laitinen I., Harisalo R., Stenvall J. (toim.). Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Suomen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.
- Laitinen, Heleena. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Tampere University Press. Tampere.
- Langendoen, John. 2004. The patient-centredness of evidence-based practice. A case example to discuss the clinical application of the bio-psychosocial model. Manual Therapy. Vol 9. Iss.4.
- Lehto, Juhani. 2000. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmissä. Teoksessa Hyvinvointivaltion palveluketjut. Toimittaneet: S. Nouko-Juvonen. P. Ruotsalainen, I. Kiikkala. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Lehtonen, Jaakko. 2000. Toimiva viestintä-yrityksen aineetonta pääomaa. Teoksessa Kolmet kasvot. Näköaloja organisaatioviestintään. Aula P. & Hakala, S. (toim.). Loki-kirjat. Helsinki.
- Leinonen, Piritta & Järvelä, Sanna & Häkkinen, Päivi. 2006. Yhteisöllinen oppiminen ja tietoisuustyökalut hajautetun tiimityön kontekstissa. Teoksessa Rajanylitykset työssä. Yhteistoiminnan ja oppimisen uudet mahdollisuudet. Toiviainen, H. & Hänninen, H. (toim.). PS-kustannus. Jyväskylä.
- Lewin, Simon & Skea, Zoe & Entwistle, Vikki & Zwarenstein, Merrick & Dick, Judy. 2001. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst. Rev. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003267/full> luettu 21.4.2015.
- Leväsluoto, Johanna & Kivisaari Sirkku. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT Technology 62 –julkaisuja. Espoo. Saatavissa <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf> luettu 5.11.2014.

- Luhmann, Niklas. 1995. Social systems. Stanford, CA, Stanford University Press.
- Lämsä, A-M. & Hautala, T. 2004. Organisaatiokäyttämisen perusteet. Edita. Helsinki.
- Manka, Marja-Liisa & Hakala, Liisa. 2011. Henkilöstöluvut johtamisen tukena. Tukea tuottavuuden ja työyhteisön hyvin-voinnin kehittämiseen. Tammerprint Oy. Tampere.
- Mead, Nicola & Bower, Peter. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. Vol 51. Iss. 7. October.
- Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Miettinen, Merja. 2007. Terveystieteiden innovatiivisuuden esteitä, kannusteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa Terveystieteet ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Vuori J. (toim.). WSOY. Helsinki.
- Miettinen, Seija & Pelkonen Marjaana. 2000 Empowerment ammatillisen kehittymisen osana. Teoksessa (toim.) Miettinen S., Miettinen M., Nousiainen I., Kuokkanen L. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. WSOY.
- Moilanen, Pentti & Riihinen, Pekka. 2015. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Valli R., Aaltola J. (toim.). Ikku-noita tutkimusmetodeihin 2. Ps-kustannus. Jyväskylä.
- Moilanen, R. 2001. Oppivan organisaation mahdollisuudet. Tammer-Paino Oy. Tampere
- Morgan, Gareth. 1997. Images of Organisation. Thousand Oaks. CA. Sage.
- Mustajoki, Pertti & Kunnamo, Ilkka. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147&p_haku=motivoiva%20potilashaastattelu luettu 6.2.2016
- Mönkkönen, Kaarina. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Saatavissa <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2002/isbn951-781-933-1.pdf> luettu 16.11.14.
- Newman, J. & Vidler E. 2006. Discriminating customers, responsible patients, empowered users: consumerism and the modernisation of health care. Journal of Social Policy, 2006. Vol. 35. Iss 02. Cambridge Univ. Press. Saatavissa <http://helios.uta.fi:2590/action/displayFulltext?type=1&fid=410418&jid=JSP&volumeId=35&issueId=02&aid=410417&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=> luettu 13.11.14.
- Nikander, Pirjo. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003:40 279-290
- Nylander, Olli & Ståhle Pirjo & Nenonen Mikko. 2003. Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003):1. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100999/031nylander.pdf?sequence=1> luettu 1.12.2014.
- Oksanen, Tuula. 2009. Workplace social capital and employee health. Työyhteisön sosiaalinen pääosa ja työntekijöiden terveys. Ann. Univ. Turkuensis D876.
- Paasivaara, Leena & Nikkilä, Juhani. 2010. Yhteisöllisyydestä työhyvinvointia. Kirjapaja. Helsinki.
- Payne Malcolm. 2002. Teamwork in Multiprofessional care. London: Macmillan Press LTD

Parasuraman, A. & Zeithaml, Valerie A. & Berry, Leonard L. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing. Vol. 49. Iss. 4

Peltomäki, Päivi & Harjumäki, Piia & Husman, Kaj. 2002. Muuttuva auttamistyön asiantuntijuus –kriisityön ja työterveyshuoltotoiminnan tarkastelua. Teoksessa Asiantuntijoiden areenat. Pirttilä, I. Ja Eriksson S. (toim.). Kopijyvä Oy. Jyväskylä.

Petri, Laura. 2010. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. Nursing Forum, 45. Vol.2.

Pshp:n hoitoketjuopas. 2015. Saatavissa <http://www.pshp.fi/download/noname/%7BDB3538AD-0F03-4D57-8201-C4A635F358CD%7D/45192> luettu 2.4.16

Pitkälä, Kaisu & Savikko Niina & Routasalo Pirkko. 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Gummerus Kirjapaino. Oy. Saarijärvi.

Poikela, Ritva. 2010. Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa. Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Helsingin Yliopisto. Saatavissa <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Poikela+R+v%C3%A4it%C3%B6skirja+2010+asiakassuun.+asiakasl%C3%A4h.+autta.+moni%C3%A4%C3%A4ninen+menetel..PDF/4686e17f-9960-474b-8275-fc6caa30e2cf> luettu 9.7.15.

Prahalad, C.K. & Ramaswamy, Venkat. 2004a. Co-creating unique value with customers. Strategy & Leadership. Vol. 32. No.3

Prahalad, C.K. & Ramaswamy, Venkat. 2004b. Co-creation experiences: the next practice in value creation. Journal of Interactive Marketing. Vol. 18. N.3. Summer 2004.

Pärnä, Katariina. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Uniprint Oy. Turku. Saatavissa <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf?sequence=1> luettu 4.1.2015.

PSHP. 2015. Mikä on hoitoketju? Saatavissa <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=744&contentlan=1> luettu 6.1.15

Raitakari, Suvi. 2006. Neuvottelut ja merkinnät minuuksista – vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa. Tampere University Press. Tampere.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Günther, Kirsi & Kulmala, Anna & Saario, Sirpa. 2012. Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa: Julkisen ja yksityisen rajalla, Julkisen palvelun muutos. Anttonen A. , Haveri A., Lehto J., Palukka H. (toim.). Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/95625>

Rajakaltio, Helena. 2005. Sosiaalisen pääoman kehkeytymisen ehdot kouluyhteisössä. Esa Poikelan (toim.) kirjassa Oppiminen ja sosiaalinen pääoma. Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print. Tampere. Saatavissa https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/68260/oppiminen_ja_sosiaalinen_pääoma_2005.pdf?sequence=1 Luettu 12.12.2014.

Rannisto, Pasi-Heikki. 2014. Asiakkuus ja asiakaslähtöisyys julkisissa palveluissa. Teoksessa Palveluajattelun murros – näkymiä uudistuvaan palveluun. Rintamäki & Tienhaara (toim.). Kirjapaino Tammerprint Oy, Tampere.

Rannisto, Pasi-Heikki & Kinnunen, Seija & Tuurnas, Sanna. 2014. Innovatiivinen kehittäminen verkostossa kohti asiakaslähtöistä moniammatillista sosiaalityötä nuortenaikuisten palvelukeskuksen perustamisella. Teoksessa: Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Uudistumisen sykettä palveluihin. Toim. Pakarinen T. & Mäki T. Bookwell Oy. Porvoo

Realpe, Alba & Wallace, Louise M. 2010. What is co-production? The Health Foundation. Saatavissa http://personcentredcare.health.org.uk/sites/default/files/resources/what_is_co-production.pdf luettu 20.1.2016

Rintamäki, Timo & Mitronen Lasse. 2014. Asiakasarvo ja asiakaslupaus palvelulogiikan ytimessä. Teoksessa Palveluajattelun murros – näkymiä uudistuvaan palveluun. Rintamäki & Tienhaara (toim.). Kirjapaino Tammerprint Oy, Tampere.

Roine, Risto. 2014. Rekisterit ja potilasturvallisuus –luento. Saatavissa https://www2.uef.fi/documents/1084483/2544388/Roine_091014.pdf/bed1e8cf-1574-429e-97c3-d34e906e4d7c luettu 15.2.16

Routasalo, Pirkko & Airaksinen, Marja & Mäntyranta, Taina & Pitkälä Kaisu. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 125(21).

Ruuskanen, Petri. 2001. Sosiaalinen pääoma –käsitteet, suuntaukset ja mekanismit. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT-tutkimuksia 81. Oy Nord Print Ab. Helsinki.

Ruusuvuori, Johanna. 2000. Kontrolli lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa: Käynnin syyn kertomisen ja vastaanottamisen käytänteet perusterveydenhuollossa. Acta Electronica Universitatis Tamperensis : 16.

Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku & Raevaara, Liisa (toim.).2001. Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Suomen kirjallisuuden seura. Helsinki.

Salovaara, Perttu. 2011. From leader-centricity toward leadership – a hermeneutic narrative approach. Tampere University Press.

Sanerma, Päivi. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Tampere.

Senge, Peter M. 1990. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization. Doubleday/ Currency. New York.

Seppänen, Laura & Toiviainen, Laura & Kira, Mari. 2014. Palveluverkostojen asiakasymmärrys muutoksessa. Teoksessa: Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Uudistumisen sykettä palveluihin. Toim. Pakarinen T. & Mäki T. Bookwell Oy. Porvoo.

Seppänen, Risto. 2005. Osaaminen, johtaminen ja sosiaalinen pääoma. Teoksessa Oppiminen ja sosiaalinen pääoma. Poikela (toim.). Tampereen Yliopistopaino OY. Juvenes Print.

Simon Herbert. 1996. Models of My Life, Cambridge, The MIT Press.

Sioncke, Gratiennne & Parmentier, Ann. 2007. Different Approaches to Strategy. Total Quality Management & Business Excellence. Vol. 18. Iss. 1-2.

STM a. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. STM:n julkaisuja 2006:19. Yliopistopaino. Helsinki.

STM b. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012-2015. STM:n julkaisuja 2012;1. Tampere. Juvenes Print -Tampereen Yliopistopaino Oy.

Stenvall, Jari. 2013, Strategisuus sosiaali- ja terveyspalveluiden integroinnissa. Teoksessa Laitinen I., Harisalo R., Stenvall J. (toim.). Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Suomen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Stenvall, Jari & Virtanen, Petri. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tietosanoma. AS Pakett, Tallinna.

Stewart, Moira & Brown, Judith & Donner, Allan & McWhinney Ian & Oates, Julian & Weston, Wayne & Jordan John. 2000. The Impact of Patient-centered care on outcomes. The Journal of Family Practise. Vol. 49. Iss 9.

Stähle, Pirjo. 2004. Itseuudistumisen dynamiikka-systeemiajattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana. (Luettu 4.3.2014)

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDoQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F230792093_Itseuudistumisen_dynamiikka_systeemiajattelu_kehitysprosessien_ymmärtämisen_perustana%2Ffile%2F9fcd50c09c50b6caf.pdf&ei=gYXU5eKCYzW4wTsqoCwCw&usg=AFQjCNGv6OdByu4sDIQ7E_s8OhZ6bjbJbg&bvm=bv.62286460,d.bGE

Sydänmaanlakka, Pentti. 2007. Älykäs organisaatio. Talentum. Gummerus kirjapaino Oy

Sydänsairaalan esite 1. Esimerkillisen hyvää hoitoa –meille kaikille.
http://www.sydansairaala.fi/sivu.tmpl?sivu_id=67 luettu 24.3.2016.

Sydänsairaalan strategia 2014-2017. Sydänsairaalan intra.

Syvänen Sirpa. 2014. Dialogisen johtamisen avaimia. Teoksessa Pakarinen T. & Mäki T. (toim.) Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Bookwell Oy. Porvoo.

Syvänen, Sirpa & Tikkamäki, Kati & Loppela, Kaija & Tappura, Sari & Kasvio, Antti & Toikka, Timo. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Tampere.

Toiviainen, Hanna. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Stakes. Tutkimuksia 160. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Toivainen, Hanna. 2011. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 127(8):777-83.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Tuomivaara, Timo. 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet.
<http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku1.pdf> (luettu 24.10.15)

Tuorila, Helena. 2000. Potilaskuluttaja terveysmarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Tampere University Press. Tampere.

Tuorila, Helena. 2007. Ikääntyvien asiakasosaaminen terveydenhuollon palvelumarkkinoilla. Teoksessa: Kuluttajat kehittäjinä. Miten asiakkaat vaikuttavat palvelumarkkinoilla? Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosi kirja 2007. Toim. M. Lammi, R. Järvinen ja J. Leskinen. Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet.
<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissä/eettiset-periaatteet> luettu 3.3.2016.

Tuulaniemi, Juha. 2011. Palvelumuotoilu. Talentum. Helsinki.

Valokivi, Heli. 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere University Press. <http://www.uta.fi/kirjasto/vaitokset/2008/2008005.html> (luettu 16.11.14)

Vanhala, Anni. 2005. Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten asuntolasta. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Vargo, Stephen & Lusch, Robert. 2004. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. Journal of Marketing. Vol.68. January 2004.

Wenger, Etienne. 1998. Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity. Cambridge University Press.

- Vertio, Harri. 2009. Terveysneuvonnan periaatteet. Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00146&p_haku=motivoiva%20potilashaastattelu luettu 6.2.2016
- Viitala Riitta. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Acta Wasaensia no 109. Vaasan yliopisto/ julkaisumyynä.
- Viitala, Riitta. 2006. Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Viitanen, Elina & Lehto Juhani. 2007. Lähijohtaminen ja -johtajuus: uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa. Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon työyhteisöissä. Toim. J. Vuori. WSOY. Helsinki.
- Virtanen, Petri. 2005. Houkutteleva työyhteisö. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Virtanen, Petri & Suoheimo, Maria & Lamminmäki, Sara & Ahonen, Päivi & Suokas, Markku. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. DTPage Oy.
- Virtanen, Petri & Stenvall, Jari. 2014. The Evolution of Public Services From Co-production to Co-creation and Beyond – New Public Management’s Unfinished Trajectory? International Journal of Leadership in Public Services Vol.10 nro 2.
- Virtanen, Petri & Stenvall, Jari & Laitinen Ilpo. 2014. Strateginen henkilöstöjohtaminen älykkäässä julkisessa organisaatiossa. Teoksessa: Henkilöstöjohtaminen kurkian kärkeen. Uudistumisen sykettä palveluihin. Toim. Pakarinen T. & Mäki T. Bookwell Oy. Porvoo
- Vuori, Jari (toim.)2007. Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY. Helsinki.
- Vähäaho, Tarja. 2002. Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa Asiantuntijoiden areenat. Pirttilä, I. Ja Eriksson S. (toim.). Kopijyvä Oy. Jyväskylä.
- Vähämäki, Maija. 2008. Dialogi organisaation oppimisessa. Itseohjautuvan muutoksen mahdollisuus tuotantotyössä. Sarja A-2:2008. Turun kauppakorkeakoulu. Esa Print Tampere. Saatavissa <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2005/105242Loppuraportti.pdf> luettu 1.12.2014.
- Walsham, Geoff. 2006. Doing interpretive research. European Journal of Information Systems.15.
- WHO. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus Oy:n suomentama WHO:n raportti: Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Saatavissa http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf Luettu 21.4.2015.
- Vilkka, Hanna. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Helsinki.
- Wittgenstein, Ludwig. 1999. Sininen ja ruskea kirja. WSOY. Juva.
- Woodruff, Robert B. 1997. Customer value: the next source for competitive advantage, Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 25 No. 2.
- Yin, Robert K. 2009. Case study research. Design and methods. Sage Publications, Inc.
- Zeithaml, Valerie A. 1988. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence, Journal of Marketing, Vol. 52 No. 3.
- Øvretveit, John. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Hakapaino. Helsinki.

LAIT

Terveystalolaki (1326/ 2010)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/ 1992)

Lakiehdotus sosiaali- ja terveydenhuollonjärjestämisestä. 2014.

LIITE 1. Tutkimuskysymykset

Pohjustus haastateltaville: tässä tutkimuksessa asiakas = potilas ja palvelun kohde

Asiakaslähtöisyys/ Potilaslähtöisyys ja asiakasarvo

1. Miten kehittäisit ja edistäisit Sydänsairaalan menestymistä?
2. Miten ymmärrät/ mitä sinulle tarkoittaa asiakaslähtöisyys?
 - a. Onko tärkeää toimia asiakaslähtöisesti? Miksi?
 - b. Miten se näkyy toiminnassamme (esimerkki)?
3. Kuka sinun mielestä on asiantuntija?
 - a. Voiko potilas olla asiantuntija?
4. Miten arvioisit meidän nykyisten hoitoprosessien toimivuutta?
 - a. Tuleeko niissä huomioiksi riittävästi potilaan ääni?
5. Saako potilas riittävästi tietoa, jotta hänen on mahdollista osallistua hoitoansa koskevaan päätöksentekoon?
 - a. Onko potilas kykenevä arvioimaan riskit?
 - b. Kuka päättää potilaan hoidosta? (vaihtelevatko tilanteet?)
 - c. Kuka kantaa vastuun päätöksestä?
 - d. Ovatko potilaat halukkaita osallistumaan päätöksentekoon?
 - e. Kuinka tärkeänä pidät potilaan osallistamista hoitoonsa?
6. Pitäisikö potilaan kokemusta ottaa enemmän huomioon toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä?
 - a. Miten sitä voisi kehittää? Miten tietoa hyödynnetään toimintaa kehitettäessä?
7. Millaisen palvelukokemuksen potilas (kokonaismielikuva) meillä saa?
 - a. Ammattilaisen näkökulmasta?
 - b. Asiakkaan näkökulmasta?
8. Miten pystyt omassa työssäsi edistämään potilaan mielenrauhaa?
 - a. Entä muut ammattiryhmät?
9. Milloin koet onnistuneesi potilaan hoidossa?
 - a. Mistä tiedät sen?
10. Voita isiinko asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisellä parantaa kilpailukykyämme?
11. Pahin este asiakaslähtöisyyden paremmalle toteutumiselle?

Moniammatillisuus / Oppiva organisaatio

1. Mitä tarkoittaa/ ymmärrät käsitteellä moniammatillinen yhteistyö?
 - a. Mitä hyötyjä koet sen kehittämisestä?
 - b. Miten sitä voisi kehittää?
2. Olemmeko me sinun mielestäsi oppiva organisaatio? (Miten se näkyy?)
3. Onko sinun mielestä osaaminen enemmän yksilön vai yhteisön omaisuutta?
4. Mitä tarkoittaa huipputiimiin kuuluminen?
 - a. Keitä sinun huipputiimiisi kuuluu? (nimeä henkilöt)
 - b. Mitä se edellyttää johtamiselta?
 - c. Mitä huipputiimiin kuuluminen edellyttää tiimin jäseniltä?
 - d. Hyödynnetäänkö tiimissä kaikkien ammattitaitoa optimaalisesti?
 - e. Mitkä tekijät heikentävät tiimin toimintaa?
 - f. Mahdollistavatko rakenteet tiimityöskentelyn?
5. Tehdäänkö meillä päällekkäistä työtä?
 - a. Tehdäänkö turhaa päällekkäistä työtä yksikön sisällä, eri ammattiryhmien välillä vai rajapinnoissa?
 - b. Miten sitä voitaisiin kehittää?
6. Onko meillä riittävästi vuorovaikutusta yhteistyön mahdollistamiseksi eri yksiköiden välillä?
 - a. Entä eri ammattiryhmien?
 - b. Näetkö sen tärkeäksi? Miksi?
7. Miten kehittäisit vuorovaikutusta eri yhteistyötahojen kanssa?
 - a. Mitä muita keinoja käytät yhteistyön kehittämiseen kuin perinteiset kokoukset?
 - b. Miten osallistat henkilökuntasi?
8. Mitä hyötyä näet yhteisöllisyyden lisäämisellä/ parantamisella olevan organisaatiolle?
 - a. Hyödyttääkö se potilasta? Miten?
 - b. Edistääkö vai rajoittaako organisaatiomallimme yhteisöllisyyttä?
 - c. Millaisin johtamisen keinoin voidaan parantaa yhteisöllisyyttä?